FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

839

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

DE SAINT MACARY Michel, Germain, Marcel,

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1933, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le

LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DU SINUS PIRIFORME.

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

DE SAINT MACARY Michel, Germain, Marcel,

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1933, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le

LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DU SINUS PIRIFORME.

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534910_0044

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)

Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.

Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)

Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
(AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
Médecine ..... (LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.) (SIGUIER (F.) (WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.) (ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM..

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.) (GONNARD (P.) (NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.) (GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur M. AUBRY

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Il m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de m'accueillir comme Interne dans son Service.

Qu'il soit assuré de ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE

Le Docteur P.J. ANDRÉ

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Il m'a confié ce travail.
Il est, pour moi, l'Exemple.
Qu'il sache que je suis sien.

A MES MAÎTRES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Monsieur le Docteur E. PONCET

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Il m'a initié à l'oto-rhino-laryngologie infantile et fait bénéficier de sa sagesse pragmatique en otologie.
Qu'il veuille accepter l'expression de ma reconnaissance et l'assurance de mon vif attachement.

Monsieur le Docteur P. PIALOUX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Docteur G. JOST

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. PINEL

Je les remercie de leur enseignement et de leur bienveillance à mon égard.

Monsieur le Docteur H. LACCOURREYE

Maître de Conférences Agrégé - O.R.L. des Hôpitaux

Son esprit de finesse, son habileté chirurgicale font mon admiration. Je le remercie des conseils amicaux qu'il m'a donnés pour la réalisation de cette thèse.

Monsieur le Docteur P. ABOULKER

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Il a guidé mes débuts en otologie.

Qu'il soit assuré de ma gratitude, sincère.

Monsieur le Docteur P. FLEURY

Il m'a toujours montré une amicale bienveillance.

Qu'il veuille trouver, ici, la marque de mon attachement.

A Messieurs les Docteurs

= J. LABAYLE
O.R.L. des Hôpitaux

= Y. LALLEMANT
O.R.L. des Hôpitaux

= R. MASPETIOL
O.R.L. des Hôpitaux

= M. OMBREDANNE
O.R.L. des Hôpitaux

= G. SENECHAL
O.R.L. des Hôpitaux

= J.M. STERKERS
O.R.L. des Hôpitaux

= J. LEMOYNE
O.R.L. des Hôpitaux

= J. BOURDIAL
O.R.L. des Hôpitaux

= Y. CACHIN
Laryngologiste de
l'Institut Gustave Roussy

J'admire sa tranquille efficacité.

= J.M. RICHARD

= R. NATALI

= B. THIBAUT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

= Monsieur le Doyen G. CORDIER, In Memoriam.

= Monsieur le Professeur Agrégé A. DOMART

= Monsieur le Docteur P. HILLEMAND

= Monsieur le Professeur Agrégé A. MEYER

= Monsieur le Docteur J. LEREBOULLET

= Monsieur le Docteur J. COLBERT

En témoignage de respectueuse gratitude.

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT :

= Monsieur le Docteur P. VERLIAC

= Monsieur le Docteur D. BOUTELIER

= Monsieur le Docteur R. PERELMAN,

Médecin des Hôpitaux de Paris,

Qui m'ont prodigué leur enseignement et m'ont tant aidé ;

Je les en remercie très vivement.

A Monsieur le Docteur P. RENAULT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Sa bienveillance souriante m'a initié aux arcanes de l'anatomie pathologique.

Qu'il trouve ici la marque de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur D. DOUADY

Membre de l'Académie de Médecine

A Mademoiselle le Docteur M.T. JEANGUYOT

Qui m'ont sauvé, avec tant de
coeur, aux jours sombres.

A Monsieur le Docteur F. PAIN

A Monsieur le Docteur G. COTIN

A Monsieur le Docteur J. ANDRIEU-GUITRANCOURT

Leur amitié fraternelle et agissante ne se dément point.

Qu'ils veuillent bien trouver ici la marque de la mienne.

LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE

DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS

DU SINUS PIRIFORME

Introduction

= Le traitement habituel des cancers du sinus piriforme est représenté :

- Pour la plupart des chirurgiens des Centres Anticancéreux (RAVEN, DARGENT), par la pharyngectomie circulaire totale.

- Pour les laryngologistes (sauf feu PIETRANTONI), par une pharyngectomie partielle.

- A la pharyngectomie, s'associent une laryngectomie totale et un évidement ganglionnaire cervical du côté de la lésion. L'opération est suivie de téléradiothérapie, ou, mieux, de télécobaltothérapie.

= Le larynx enlevé (ou l'hémi-larynx opposé à la lésion) peut être sain.

= Il est des lésions du sinus piriforme, suffisamment limitées et précises pour que le respect de telles structures ait été jugé réalisable par de nombreux auteurs à la suite d'ALONSO sans, pour cela, nuire à la sécurité carcinologique : chirurgie partielle verticale.

= Il est expressément souligné qu'on n'aura en vue que la chirurgie partielle s'appliquant à des lésions du sinus piriforme : toute autre intervention partielle, pharyngée ou laryngée, étant éliminée.

= Sont exclues de cette étude, la chirurgie intervenant après traitement par les radiations et la chirurgie destinée à la radium-puncture.

= Après avoir délimité le sinus piriforme, on envisagera, successivement, les différentes techniques opératoires avant de décrire celle utilisée par nos Maîtres ANDRE, PINEL et LACCOURREYE.

= Nous présenterons ensuite les 38 observations ayant bénéficié, entre 1961 et 1967, de cette chirurgie, avant d'analyser, malgré le recul limité, les résultats obtenus, permettant de dégager les indications.

DELIMITATION DU SINUS PIRIFORME

On entendra par sinus piriforme :

= La portion moyenne de la gouttière pharyngo-laryngée comprise entre :

- en haut : la face postéro-inférieure du repli pharyngo-épiglottique ;

- en bas : le repli crico-pharyngé (BETZ).

= Ainsi, le sinus piriforme comporte :

1- Une paroi externe, à peu près plane : la muqueuse recouvrant la face interne de l'aile cartilagineuse thyroïdienne et de la membrane thyro-hyoïdienne.

2- Une paroi interne, fortement convexe : la muqueuse recouvrant deux triangles, schématiques, superposés.

- Le triangle supérieur est le versant externe du repli ary-épiglottique.

- Le triangle inférieur est la partie postéro-externe du cricoïde.

3- Sa limite supérieure constitue un V dont les branches sont dans un plan oblique en bas et en dedans ; la branche externe du V est, de plus, angulée, ainsi :

- En dehors, la grande corne de l'os hyoïde (moitié postérieure), puis :

- En avant : la face inférieure du repli pharyngo-épiglottique, allant rejoindre

- En dedans : le repli ary-épiglottique (bord libre = partie postérieure).

4- Sa limite inférieure, située au niveau de la petite corne thyroïdienne, est, en l'absence de l'inconstant repli de BETZ, peu marquée d'avec la gouttière crico-thyroïdienne.

5- Le sinus piriforme, simple dièdre, n'a pas de paroi postérieure. En arrière, sa limite, virtuelle, peut être assimilée à un plan vertico-transversal passant :

- En dehors, par le bord postérieur de l'aile thyroïdienne.

- En dedans, par le bord postéro-externe, ou au ras de la face postérieure, de l'aryténoïde.

6- L'angle antérieur, de réflexion de la muqueuse de la paroi externe sur la paroi interne, comprend, successivement, de haut en bas :

- Le repli pharyngo-épiglottique, bord inférieur.

- L'angle antérieur, proprement dit, vertical.

- Le fond du sinus piriforme, oblique en bas et en arrière.

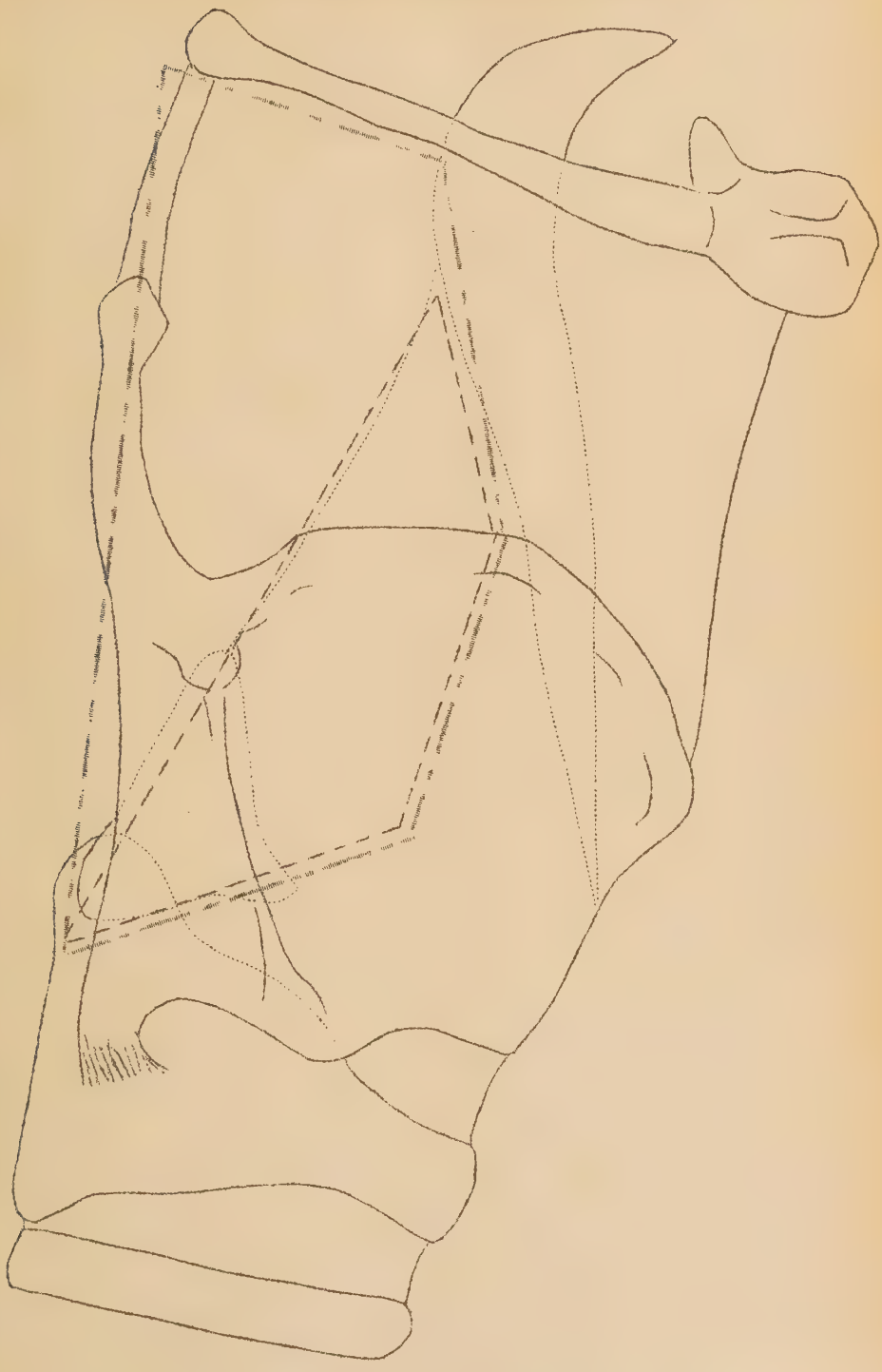
Ces définitions, forcément arbitraires, sont nécessaires pour la compréhension de la topographie lésionnelle employée.

Il faut remarquer que l'étendue des deux parois du sinus piriforme est inégale.

= Déjà, anatomiquement, la paroi externe, grossièrement trapézoïdale, est plus grande que :

= L'interne, schématiquement losangique, dont

DELIMITATION DU SINUS PIRIFORME



Projection de la paroi externe

Projection de la paroi interne

le triangle supérieur est plus "chirurgical" que son support cartilagineux cricoïdien. Ce dernier :

- Est respecté dans les hémilaryngectomies habituelles, qu'elles soient partielles ou complètes (emportant l'aryténoïde).

- L'ablation associée de l'hémi-cricoïde définit l'hémilaryngectomie totale ou "vraie".

= I =

LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE CHIRURGIE PARTIELLE DU SINUS PIRIFORME

1- QUENU, SEBILEAU : 1904.

2- TROTTER : 1913 - 1929.

3- ALONSO : 1947 - 1950.

4- LEROUX-ROBERT : 1950.

5- LEROUX, MASPETIOL, PICQ : 1950.

6- AUBRY, ROUGET : 1951.

7- PORTMANN, ROBIN : 1951.

8- BOURGEOIS : 1951.

9- OGURA : 1960 - 1965.

10- MASPETIOL, PAIN, THIBAUT : 1963.

11- RETHI : 1963.

12- BOUCHE, FRECHE, HUSSON : 1965.

13- MESSERKLINGER : 1965.

o o

QUENU et SEBILEAU :

LA PHARYNGOTOMIE LATERALE RETRO-THYROIDIENNE (1904).

= L'intervention se déroule sous anesthésie locale.

1- L'incision cutanée.

- La tête étant en hyperextension et rotation controlatérale,
- suit un tracé de 8 cm, de la grande corne de l'os hyoïde, au-dessous du bord inférieur du cricoïde,
- sur la gouttière carotidienne.

2- Sont ensuite effectués le dégagement du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et la section du ventre antérieur de l'omo-hyoïdien.

3- La paroi pharyngée est découverte,

- En reclinant en arrière :
. le sterno-cléido-mastoïdien,
. l'axe vasculaire carotide - jugulaire interne,
. le pédicule thyroïdien supérieur,

- tandis qu'on récline, vers l'avant, le bord postérieur du cartilage thyroïde.

4- On sectionne alors la paroi pharyngée derrière le bord postérieur du cartilage thyroïde (plan musculaire, puis muqueuse).

= C'est en 1904 que fut décrite cette technique, la première, à notre connaissance, de pharyngotomie latérale. Elle mérite, à ce titre, toute notre estime, bien qu'elle ne réponde plus, souvent, aux impératifs de chirurgie carcinologique actuellement admis.

TROTTER W. :

PHARYNGECTOMIE LATERALE TRANSTHYROIDIENNE (1913).

= L'intervention est, en règle, pratiquée en un seul temps :

- Trachéotomie avec résection de l'isthme du corps thyroïde.

- L'incision cutanée :

. est plus verticale que le sterno-cleido-mastoïdien dont elle longe, grossièrement, le bord antérieur.

. On y branche une transversale, sous la mandibule, jusqu'à la ligne médiane.

- Le curage ganglionnaire emporte la veine jugulaire interne, mais pas systématiquement la glande sous-maxillaire.

- Fixation du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien au plan prévertébral. Ainsi est réalisée "l'exclusion" de l'axe artériel, complétée, en haut, si besoin, par l'apport du ventre postérieur du digastrique.

- Abord latéral du larynx par incision verticale, jusqu'au périchondre thyroïdien, des muscles sous-hyoïdiens.

- Ablation de la grande corne de l'os hyoïde et de l'aile thyroïdienne permettant le bilan lésionnel tactile.

- Pharyngotomie et ablation tumorale.

- Suture pharyngée après mise en place d'une sonde oro-oesophagienne. Sinon on aura recours à un pharyngostome.

= De nombreux auteurs ont apporté des modifications à cette technique.

- Lionel COLLEDGE proscrit la fermeture pharyngée immédiate et recommande de faire un pharyngostome.

- ORTON multiplie les temps opératoires.

- Suivi, en cela, par HAUTANT et J. LEMOYNE.

= Le procédé décrit, dès 1913, par TROTTER :

- Introduisait une innovation : la résection d'une partie de l'aile thyroïdienne qui donne une excellente exposition.

- Toutes les techniques utilisant la voie latérale s'en sont plus ou moins directement inspirées.

- Aujourd'hui, avec les facilités que nous donnent les antibiotiques et la réanimation (prise dans son acception la plus large), cette intervention nous paraît remarquablement proche. Et c'est le vieillissement des améliorations qu'on lui apporta qui nous permet de sentir combien elle était logique dans sa conception et combien elle était audacieuse, sinon téméraire, en son temps.

ALONSO J.M. :

LA LARYNGECTOMIE PARTIELLE VERTICALE, DE LATERALE, POUR LES TUMEURS DU SINUS PIRIFORME (1947).

La technique est la suivante :

= La trachéotomie est habituelle..

= L'incision donne un jour considérable en dessinant trois segments : supérieur, horizontal, sous-mandibulaire, moyen, paramédian, vertical, inférieur, en virgule vers le sternum.

= Selon les données de l'exploration des chaînes ganglionnaires, est réalisé, ou non, un curage ganglionnaire sacrifiant jugulaire interne et sterno-

cléido-mastoïdien.

= Après résection des muscles sous-hyoïdiens du côté lésé, ligature du pédicule laryngé supérieur, sont réséquées la grande corne du cartilage thyroïde et, si besoin, la moitié de l'os hyoïde.

= Une pharyngotomie latérale (là où était la grande corne de l'os hyoïde) permet le bilan lésionnel, visuel et tactile.

= Trois éventualités :

1- Pour une lésion de la paroi externe du sinus piriforme :

- Section de la lame thyroïdienne, obliquement conduite du bord supérieur (à 1 cm de l'échancrure médiane) au voisinage de la petite corne thyroïdienne.
- Incision antérieure, contrôlée par la vue et le doigt.
- Incision horizontale, contre l'os hyoïde, de la moitié du ligament thyro-hyoïdien.
- Rabat du lambeau muco-cartilagineux permettant l'extirpation, en coupant large autour de la lésion.

2- Deuxième éventualité : La lésion empiète sur l'angle antérieur du sinus piriforme, et sur sa paroi interne, mais sans infiltration profonde de l'hémilarynx correspondant :

- La résection de la lame thyroïdienne est plus généreuse : De l'échancrure du bord supérieur, la section file au bord inférieur (1 cm en dehors de la ligne médiane). Ainsi peut-on passer "entre la muqueuse du sinus piriforme et le larynx".

- Exérèse prenant, en dedans, selon la lésion, soit la muqueuse, soit la partie externe de la musculature du larynx. "On respecte ainsi la partie la plus interne du muscle thyro-aryténoïdien, son tendon antérieur d'insertion, l'aryténoïde et la muqueuse endo-laryngée".

- Si la tumeur s'étend en bas : résection du tiers externe du cricoïde "sans léser son périchondre interne".

Si la tumeur s'étend vers le haut : ablation de l'hémi-os hyoïde du côté atteint.

Dans les deux éventualités précédentes, "on laisse un paryngostome latéral dont les bords sont formés par la suture de la peau externe à la muqueuse interne sur toute la circonférence du pharyngostome". Ce pharyngostome sera fermé, un à deux mois plus tard, par plastique en deux plans (collerette - retournement).

3- Dans la troisième éventualité : "Si la lésion prend profondément l'hémi-larynx, la tumeur du sinus piriforme sera enlevée avec le larynx ou l'hémi-larynx du côté correspondant".

La technique de [illegible] suscite quelques commentaires :

- Le curage cellulo-ganglionnaire cervical n'est pas systématique.

- La création délibérée d'un pharyngostome oblige à deux temps opératoires au minimum.

- Dans le cas où une hémi-laryngectomie est réalisée, les problèmes de reconstruction ne sont pas abordés.

- Quand la tumeur est localisée vers le bas, la moitié de l'os hyoïde correspondante n'est pas extirpée.

Ces détails n'enlèvent rien de la valeur de la technique, si l'on songe qu'elle fut réalisée voici une trentaine d'années par celui qu'on peut appeler le promoteur de la chirurgie partielle du laryngo-pharynx.

J. LEROUX-ROBERT :

L'EXERESE ISOLEE D'UN SINUS PIRIFORME (1950).

L'intervention :

= Débute comme une pharyngo-laryngectomie totale.

- Trachéotomie horizontale sous-isthmique.

- Cervicotomie latérale du côté sain : avec décollement de l'aile thyroïdienne, sans section du pédicule laryngé supérieur.

- Cervicotomie latérale du côté atteint : sans décollement de l'aile du cartilage thyroïde, avec section du pédicule laryngé supérieur.

- Pharyngotomie au sommet de l'épiglotte permettant le bilan lésionnel.

= L'exérèse partielle s'étant avérée praticable :

- Décollement sous-périchondral profond vertical, à l'union 1/3 antérieur - 1/3 moyen de l'aile thyroïdienne.

- Section de la paroi pharyngée au-dessus et en arrière de la lésion.

- Section du repli pharyngo-épiglottique (versant antérieur).

- Section du repli ary-épiglottique (bord supérieur).

- Libération d'avec le cricoïde par décollement sous-muqueux, désarticulation crico-thyroïdienne.

= Sonde oesophagienne, suture de la partie inférieure de la brèche pharyngée. "Ne pouvant suturer la partie supérieure au niveau de l'épiglotte : tamponnement pendant quelques jours correspondant au sinus piriforme enlevé."

= Suites : Ablation de la canule de trachéoto-

mie, tentée dès le 8e jour ; ablation de la sonde alimentaire après plusieurs semaines.

On doit remarquer que le procédé de Monsieur LEROUX-ROBERT :

- Ne comporte pas de curage cellulo-ganglionnaire cervical (ce qui peut facilement s'adjoindre).

- Mais surtout ne comprend pas de moyen de reconstruction laryngée.

- La radiothérapie ne doit pouvoir être instituée qu'avec un certain délai.

LEROUX Louis, MARCELLIN R. et BIDE :

LA PHARYNGO-LARYNGECTOMIE PARTIELLE LATERALE DANS LES CANCERS DU SINUS PIRIFORME (1950).

= Constitue "une exérèse selon des temps opératoires précis et bien réglés de la totalité du sinus piriforme", complétée par un curage ganglionnaire du cou et suivie de radiothérapie.

= La technique comporte :

- Une trachéotomie horizontale, asymétrique (surtout du côté sain) avec résection d'un fragment de paroi antérieure de trachée permettant méchage de Mickulicz et drainage.

- L'incision cutanée est celle décrite par ALONSO.

- En cas de nécessité, curage ganglionnaire du cou.

- Exposition du champ opératoire (exérèse des muscles sous-hyoïdiens) et ligature du pédicule laryngé supérieur.

- Le temps cartilagineux comprend :

. La résection :
des 2/3 postérieurs de la grande corne de l'os hyoïde ;

. la partie postéro-supérieure de l'aile thyroïdienne (depuis le bord supérieur, 5 mm en dehors de la ligne médiane, jusqu'au bord inférieur, 1 cm en avant de la corne inférieure).

. Libération sous-périchondrale du bord supérieur du chaton cricoïdien jusqu'à l'aryténoïde.

- L'ouverture du pharynx, à distance de la lésion, exposant le sinus piriforme, se fait par une incision passant en arrière de la tumeur.

- L'ablation de la tumeur nécessite :

. La libération du versant pharyngé du sinus par 2e incision, branchée sur la précédente, surmontant la tumeur.

. Libération de l'angle antérieur par incision le long du bord latéral de l'épiglotte.

. Libération postérieure par incision verticale, inter-aryténoïdienne.

. Libération endolaryngée du segment supérieur du versant laryngé du sinus piriforme par une incision horizontale, d'arrière en avant, désinsérant l'aryténoïde.

. Libération du cul-de-sac inférieur et du segment inférieur du versant laryngé du sinus piriforme, de dehors en dedans avec résection de la partie supérieure de l'hémi-chaton cricoïdien.

. Ablation de la tumeur par section de la partie inférieure du repli aryténo-épiglottique.

- La fermeture pharyngée complète est presque toujours possible :

- après mise en place de sonde naso-oesophagienne et enfouissement sous-muqueux de la tranche de section du cricoïde ;

- par suture de la muqueuse, en avant, soit au tissu mou plaqué contre la partie restante de la lame thyroïdienne, soit au bord latéral de l'épiglotte.

Dans l'opération décrite par LEROUX, TASPETIOL et PICQ :

- Le temps cricoïdien semble discutable :

. La nécessité d'une résection cricoïdienne partielle systématique n'est pas évidente.

. Le risque de chondrite cricoïdienne est réel, malgré le procédé d'enfouissement indiqué.

- Quoi qu'il en soit, en bas, la fermeture paraît aléatoire.

M. AUBRY et J. ROUGET :

L'HEMILARYNGECTOMIE DU LARYNX AVEC RECONSTITUTION PLASTIQUE (1951).

Réalise une hémilaryngectomie vraie ou "totale" avec reconstitution plastique calibrée par tube, rétablissant et la perméabilité laryngée et le cloisonnement pharyngo-laryngé.

Techniquement, trois interventions sont nécessaires.

1- Première intervention : préparation du lambeau cervical.

= Il s'agit d'un lambeau cutané indien , à pédicule inférieur, long de 15 cm, large de 5 cm.

- Son tracé est variable.

. Chez la femme : le long du sterno-cléido-mastoïdien.

. Chez l'homme : plus oblique, son bord antérieur restant à la limite de la pilosité de la barbe.

. Après radiothérapie, ce dessin pourra même être transversal, claviculaire.

- Le lambeau prend peau et peaucier.

- Il est décollé et suturé sur place (lambeau retardé).

= En cas d'adénopathie cervicale, le curage est réalisé sans sacrifice du sterno-cléido-mastoïdien ou, au moins, de son faisceau superficiel qui servira à protéger les vaisseaux et à les isoler de l'axe aéro-digestif.

2- La deuxième intervention, quinze jours plus tard, comprend deux parties :

= L'exérèse de l'hémi-larynx.

- L'incision retrace le lambeau et ajoute une incision médiane.
- La trachéotomie est trans-isthmique.
- Libération de l'aile thyroïdienne.
- Thyrotomie médiane ou paramédiane.
- L'incision supérieure sera, plus ou moins haute, inter-thyro-hyoïdienne.
- Section postérieure médiane verticale (d'abord interaryténoïdienne, puis du chaton cricoïdien).
- La section inférieure est de niveau variable selon l'importance lésionnelle (l'hémicricoïde, la partie correspondante des premiers anneaux trachéaux pouvant être réséqués).

= La reconstitution du tube laryngé se fait:

- Par apport du lambeau dans la cavité laryngée : face cutanée vers l'endolarynx ; suture en deux plans du bord antérieur du lambeau au bord postérieur de l'hémilarynx sain.

- Suture antérieure du lambeau après mise en place du tube de calibrage intra-laryngé.

= Sonde alimentaire naso-oesophagienne.

3- La troisième intervention, trois semaines plus tard, consiste à sectionner le pédicule du lambeau et à le suturer à la section inférieure du tube laryngé.

Enfin, l'ablation du tube intra-laryngien se fait à une date variable : des semaines plus tard.

Cette technique de chirurgie du cancer unilatéral du larynx s'applique également au cancer du sinus piriforme envahissant l'hémilarynx.

Elle suscite les commentaires suivants :

- Il n'y a pas exérèse "en monobloc" de la lésion primitive et des gîtes ganglionnaires : au contraire, le curage - non systématique - est pratiqué le premier, avec la préparation du lambeau cutané.

- La reconstitution plastique, extrêmement séduisante, implique trois temps opératoires, donc des délais qui retardent l'institution du traitement radiothérapique complémentaire, réclamé par les cancers du sinus piriforme.

PORTMANN G. et ROBIN J.L. :

LA PHARYNGO-LARYNGECTOMIE PARTIELLE LATERALE (1951).

La technique comprend :

- Une trachéotomie première.

- L'incision dessine un lambeau cutané trapézoïdal à charnière verticale longeant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

- Curage ganglionnaire inférieur (jusqu'au tronc thyro-lingo-facial).

- Dégagement de l'hémilarynx avec résection des muscles sous-hyoïdiens ; résection de l'hémi-os hyoïde.

- Ouverture du larynx par section médiane des cartilages thyroïde, cricoïde et épiglottique.

- Résection pharyngo-laryngée : "On longe le plan de clivage laryngo-oesophagien de bas en haut, puis on sectionne la muqueuse pharyngée largement en tissu sain."

- Curage ganglionnaire supérieur et exérèse du monobloc.

- Sutures : Le lambeau cutané, suturé à la muqueuse, crée une laryngo-pharyngostomie.

- 10-15 jours plus tard : Plastique de fermeture du pharyngostome avec lambeau cutané sus-hyoïdien contro-latéral.

La technique de PORTMANN comporte un pharyngostome nécessitant un temps plastique de fermeture qui retarde l'institution de la radiothérapie complémentaire.

BOURGEOIS R. :

HEMI-PHARYNGO-LARYNGECTOMIE (1951).

La technique fut la suivante :

- Incision sous-maxillaire, puis médiane.
- Thyrotomie et section médiane interaryténoïdienne.
- Séparation de l'épiglotte du bord supérieur du cartilage thyroïde.
- Ablation en masse de l'hémilarynx et de l'hémipharynx.
- Suture "de ce qui restait de pharynx à l'aryténoïde opposé."
- Canule. Sonde. Drainage de la plaie.
- Radiothérapie systématique un mois après.

On doit constater que cette technique ne comportait pas de curage ganglionnaire (observation sans adénopathie initiale, qui présentait, huit mois après l'intervention, une récidive ganglionnaire). D'autre part, simple exposé de cas sans protocole technique précis, elle ne renseigne guère sur les moyens de fermeture laryngée employés.

OGURA J.H. et Coll. :

LARYNGO-PHARYNGECTOMIE PARTIELLE & DISSECTION DU COU (1960)

L'intervention réalise, en un temps :

= Après mise en place d'une sonde naso-gastrique,

= Une trachéostomie verticale (2e-4e anneaux) sous anesthésie locale, permettant

= L'anesthésie générale. L'incision dessine un Y :

- avec un segment vertical suivant, grossièrement, le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

- Le segment antérieur dépasse la ligne médiane, au niveau de l'os hyoïde.

= Le curage cervical complet reste amarré par un pédicule à la membrane thyro-hyoïdienne et à la partie supérieure de l'aile thyroïdienne.

= L'abord comprend, du côté lésé :

- La résection du lobe latéral du corps thyroïde respectant le récurrent.

- La libération de l'hémi-os hyoïde correspondant de ses attaches musculaires et section verticale, par le milieu, de son corps.

- Exposition de la vallécule : on est bien au-dessus de la tumeur.

- Section des muscles sterno-thyroïdien et thyro-hyoïdien au bord supérieur du cartilage thyroïde.

- Décollement du périchondre externe, incisé au même niveau, du côté lésé et, si l'exérèse le nécessite, du côté opposé.

- Le dessin des sections du cartilage thyroïde est variable selon le siège de la lésion.

. En cas de lésion sur la paroi latérale du sinus piriforme : ligne oblique depuis la ligne médiane

jusqu'au-dessus de la petite corne thyroïdienne.

. Dans les autres cas, la section intéressera les deux ailes thyroïdiennes. D'un point situé au-dessus de la petite corne (côté lésé) jusqu'à un point médian sus-jacent à la commissure antérieure, puis jusqu'en avant du départ de la grande corne controlatérale (côté sain).

= L'ouverture du pharynx se fait dans la vallécule: bilan visuel.

= L'exérèse est d'étendue variable selon la lésion.

- En cas de lésion de la paroi latérale du sinus piriforme, on respecte l'épiglotte et le vestibule laryngé ; on emporte l'hémi-os hyoïde, le segment d'aile thyroïdienne en monobloc avec la pièce de curage.

- Si la lésion intéresse la partie antérieure du sinus piriforme, le sacrifice cartilagineux est bilatéral. On emporte l'épiglotte et la loge hyo-thyro-épiglottique, le repli ary-épiglottique, tout le sinus piriforme et l'hémi-os hyoïde homolatéral.

- Si la lésion concerne le mur interne du sinus piriforme : avec les mêmes sections cartilagineuses, on sacrifie la partie correspondante de l'épiglotte et l'aryténoïde en entier, si besoin, avec la tumeur. Si l'aryténoïde est de mobilité tout à fait libre, sa résection laisse l'apophyse vocale qu'on doit amarrer au milieu du cricoïde.

= La fermeture pharyngée :

- se fait par rapprochement du périchondre externe préservé à la base de la langue,
- tandis qu'on invagine le bord de la muqueuse, au bord postérieur de la résection.

- La muqueuse de l'hypopharynx postérieur peut être mobilisée pour fermer, selon une suture en T inversé, la longue branche du T étant en direction transversale.

- Récemment, OGURA soulignait que les tentatives de rapprochement de la muqueuse et les greffes cutanées avaient abouti, dans son expérience, à une incidence accrue de désunions et de fistules.

- Fait important : la section du crico-pharyngé est systématique.

Remarquons que, dans le procédé d'OGURA :

- Sont systématiques la résection du lobe latéral du corps thyroïde et la section du crico-pharyngien.

- La résection de structures vestibulaires (non essentielles à la fonction) est volontiers réalisée ; de même pour la loge hyo-thyro-épiglottique.

- Ces données constituent les quelques différences évidentes qui existent entre la méthode d' d'OGURA et celle objet de ce travail, toutes deux soeurs d'inspiration.

MASPETIOL R., PAIN F., THIBAUT B. :

L'HEMI-PHARYNGO-LARYNGECTOMIE TOTALE (1963)

reconstitue le larynx par plastie musculaire sous-hyoïdienne.

La technique est la suivante :

= Trachéotomie basse, sous-isthmique, permettant l'anesthésie générale.

= L'incision cutanée est transversale.

= Le curage ganglionnaire homolatéral à la lésion est systématique.

= La libération de l'os hyoïde et des muscles sous-hyoïdiens décollés à leur face profonde jusqu'au

niveau de la trachée et rabattus vers le bas constitue le temps original de l'opération.

= L'ouverture du pharynx et l'exérèse tumorale comportent :

- La résection de l'aile thyroïdienne avec conservation de l'angle antérieur, si possible.

- Ouverture du pharynx après bilan tactile.

- L'exérèse se fait par :

. Incision postérieure : interaryténoïdienne.

. Incision antérieure variable :
- soit suivant le bord latéral de l'épiglotte (côté malade),
- soit trans-épiglottique,
- soit même suivant le bord controlatéral de l'épiglotte.

. L'incision inférieure est également variable :
- passant au-dessus du cricoïde : avec exérèse de l'aryténoïde,
- ou bien trans-cricoïdienne, voire hémi-résection cricoïdienne (sous-périchondrale).

= La fermeture pharyngée

- sur sonde naso-oesophagienne,

- se fait par suture de la muqueuse qui "se laisse facilement tendre et se prête admirablement bien à cette fermeture".

- En cas de difficulté (surtout région antéro-inférieure), s'aider d'un lambeau muqueux pédiculé hypopharyngé postérieur.

- Eventuellement : enfouissement sous-périchondral et sous-muqueux des tranches de section cricoïdiennes.

= Le système hyoïdien est remis en place :
- amarré, en haut, à la base de langue ;
- et, latéralement, du côté de l'exérèse, au

plan prévertébral.

L'hémi-pharyngo-laryngectomie totale appelle quelques remarques :

- Il paraît difficile de réaliser commodément un curage cervical complet, haut poursuivi, avec une voie d'abord transversale.

- La trophicité d'un lambeau musculo-osseux hyoïdien aussi long semble aléatoire.

- La fermeture de la muqueuse pharyngée ne paraît pas toujours réalisable.

RETHI A. :

L'HYPOPHARYNGOTOMIE TRANSLARYNGIENNE MEDIANE (1963).

représente une voie d'abord originale de l'hypopharynx.

La technique est la suivante :

= Trachéotomie permettant l'anesthésie générale.

= L'incision cutanée médiane remonte jusqu'à l'os hyoïde.

= Ouverture du larynx par section médiane, verticale, antérieure (cartilage thyroïde, puis muqueuse).

= Section laryngée postérieure (muqueuse, puis cartilage cricoïde), médiane, verticale.

= Section de muqueuse pharyngienne recouvrant la paroi postérieure du larynx.

= Le bilan lésionnel est réalisé en faisant basculer l'hémilarynx du côté de la lésion.

= L'attitude dépend de la topographie lésionnelle :

- En cas de lésion de la paroi externe du sinus piriforme, exérèse au large avec si nécessaire

résection de l'aile du cartilage thyroïde.

- Si la lésion siège sur la paroi interne du sinus piriforme, l'exérèse de la muqueuse et même du cartilage est possible sans toucher à la muqueuse du larynx. Une extension endolaryngée oblige à une hémilaryngectomie.

- Quoi qu'il en soit, la réparation pharyngée fait appel à une plastique par lambeau cutané latéro-cervical à pédicule supérieur ou inférieur.

= Dans tous les cas, un évidement ganglionnaire cervical est réalisé.

- En cas d'hémilaryngectomie : pendant la première opération.

- Dans les autres cas, l'évidement cervical intervient après cicatrisation et prise des lambeaux, au bout de trois semaines.

Le procédé de RETHI est ingénieux.

- Mais la laryngotomie double est-elle absolument nécessaire pour réaliser la pharyngectomie partielle d'une lésion siégeant sur le versant externe du sinus piriforme ?

- Cette technique paraît pouvoir se trouver en contradiction avec les impératifs de la chirurgie carcinologique actuelle :

. Il paraît, en effet, difficile de réaliser un évidement ganglionnaire complet par voie médiane et en ménageant, de surcroît, le tracé d'un lambeau cutané.

. D'autre part, sauf en cas justiciable d'hémilaryngectomie, il n'est pas possible d'effectuer une exérèse en monobloc de la lésion primaire et des gîtes ganglionnaires.

J. BOUCHE, Ch. FRECHE, Y. HUSSON :

L'HEMILARYNGECTOMIE AVEC EPIGLOTTOPLASTIE (1965).

assure la reconstitution laryngée par épiglottoplastie en un seul temps opératoire.

L'intervention comprend deux parties : l'exérèse, puis la reconstitution.

1- L'exérèse :

a- Commence comme pour une laryngectomie totale :

- Trachéotomie horizontale, sous-isthmique, permettant l'anesthésie générale.

- Incision en L, du côté malade, et taille d'un lambeau de peaucier à pédicule supérieur.

- Curage ganglionnaire, de principe ou de nécessité.

- Abord antéro-latéral du larynx avec conservation des nerfs laryngés supérieurs.

- Pharyngotomie au sommet de l'épiglotte, permettant le bilan lésionnel.

b- La possibilité de l'hémilaryngectomie étant confirmée, l'exérèse se fait par :

- En avant : thyrotomie médiane et section le long du bord latéral de l'épiglotte.

- En bas, section variable (selon le bord supérieur du cricoïde ou transcricoïdienne).

- En arrière : section verticale inter-aryténoïdienne.

- Libération de la pièce par section de la muqueuse pharyngée "au voisinage du bord postérieur de l'aile thyroïdienne".

2- La reconstitution laryngée fait appel à l'épiglottoplastie.

= En sectionnant l'attache du repli pharyngo-épiglottique contro-latéral, de verticale et frontale qu'elle était, l'épiglotte peut être placée horizontale et antéro-postérieure :

- Le pied reste en place.
- Le sommet est suturé à la tranche de section commissurale postérieure.
- Le bord latéral (côté opéré), devenu inférieur, est suturé au cricoïde.
- L'autre bord latéral, devenu supérieur, est suturé à la muqueuse pharyngée.
- Ainsi la face laryngée de l'épiglotte le demeure.

= Pour assurer la contention et prévenir les fausses routes :

- Prothèse endolaryngée pleine.
- Sonde alimentaire naso-oesophagienne.

= Le lambeau de peaucier vient recouvrir et matelasser l'épiglottoplastie.

Cette intervention s'adresse à certaines lésions endolaryngées unilatérales (respectant l'épiglotte), mais aussi aux lésions du sinus piriforme localisées à la partie moyenne de sa hauteur : respectant le repli ary-épiglottique et une armature cricoïdienne.

L'hémilaryngectomie avec épiglottoplastie est une intervention originale et très ingénieuse. En matière de cancers du sinus piriforme, ses indications sont forcément très limitées.

MESSERKLINGER W. :

L'HEMILARYNGECTOMIE AVEC RESECTION PARTIELLE DU PHARYNX (1965).

L'intervention comprend deux temps.

1- L'exérèse :

- Trachéotomie.
- Curage ganglionnaire systématique dès atteinte vestibulaire.
- Etirement du muscle sterno-hyoïdien.
- Résection de l'hémi-cartilage thyroïde du côté lésé.
- Conservation, si possible, du cricoïde, sinon sacrifice cricoïdien, voire de la moitié du 1er anneau trachéal.
- Pharyngotomie haute, trans-valléculaire.
- Exérèse de l'hémilarynx.

2- La réparation fait appel à divers procédés.

= Décollement et mobilisation de la muqueuse de l'hypopharynx suturée au plan prévertébral.

= Le muscle sterno-hyoïdien joue un rôle essentiel. Il est invaginé en arrière jusqu'à atteindre la résection trachéale où on le suture.

- Son bord interne est suturé avec la tranche de section cricoïdienne et interaryténoïdienne. Ainsi, le muscle dessine un repli ary-épiglottique qui se reconstituera.

- Latéralement, le muscle est suturé au bord latéral de la trachée (dans la mesure où il peut l'atteindre).

= La muqueuse de l'hypopharynx et de la bouche oesophagienne sera mobilisée, tirée vers le haut et suturée au muscle de telle sorte que les points serviront à recouvrir la zone "muscle-trachée" sur sa face laryngée.

= Après passage de la sonde alimentaire, mise en place d'une prothèse en éponge, intralaryngée, recouverte d'une greffe de Thiersch pour combler le défaut de muqueuse.

= Obturation de la brèche pharyngo-laryngée par lambeau de peau avec le peaucier.

L'opération s'applique à certaines lésions endolaryngées unilatérales, mais aussi aux cancers du sinus piriforme étendus à l'hémilarynx.

La technique de réparation décrite fait appel à des procédés (mobilisation étendue, greffes cutanées) qui paraissent compliqués et aléatoires.

o o

POUR CONCLURE :

= Nombreuses apparaissent les techniques proposées, de chirurgie partielle du sinus piriforme.

= A notre connaissance du moins, générale apparaît l'absence de précisions sur le nombre de cas traités de la sorte et les résultats obtenus ; ainsi, l'intérêt pratique semble relatif et toute comparaison devient impossible.

Une exception, et fondamentale, pour OGURA (et, nous le verrons, SKOLNIK) avec lesquels, seuls, pourront s'établir comparaison et discussion.

= II =

LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE D'ANDRÉ, PINEL et LACCOURREYE

A - LA PHASE PRÉ-OPÉRATOIRE

B - LES OPÉRATIONS

C - LA PHASE POST-OPÉRATOIRE

A - LA PHASE PRE-OPERATOIRE.

est importante sur les plans diagnostique et thérapeutique.

Le BILAN DIAGNOSTIQUE est réalisé au mieux chez un sujet hospitalisé.

A)- Localement :

* L'examen clinique est essentiel.

= L'examen cervical apprécie :

- Les caractères de l'adénopathie et surtout son importance, sa fixité, ses connexions vasculaires éventuelles.

- L'examen cervical apprécie encore :

. l'absence d'infiltration des cartilages thyroïde et cricoïde,

. la souplesse de la membrane thyro-hyoïdienne,

. la vacuité de la gouttière rétro-thyroïdienne et la crépitation laryngée.

= La laryngoscopie indirecte donne, en règle, des renseignements suffisants.

- Faciles à obtenir chez un malade docile, il faut les conquérir chez ceux qui présentent des informations anatomiques gênantes, ou qui souffrent de réflexes trop vifs.

- Le patient, informé de la nécessité de l'examen, peut, si besoin, subir une prémédication préalable (barbituriques par voie rectale ; atropine sous-cutanée) et une anesthésie locale de l'oro-pharynx (pastille, "spray" ou badigeonnage anesthésique).

- Le laryngologiste doit toujours examiner dans trois positions :

. Celle, habituelle, où médecin et malade sont assis.

. Et surtout, médecin à genoux, explorant bien, chez le malade debout, l'ouverture des sinus piriformes à la phonation et la région rétro-cricoïdienne.

. Très estimable, également, la vision de la commissure antérieure possible, le médecin debout, son patient restant assis.

- Quoi qu'il en soit, les données de l'examen seront consignées sur un schéma ; la meilleure appréciation est souvent acquise par des examens répétés le, ou les jours suivants, la détente de l'hospitalisation pouvant jouer, de même que la coopération du malade augmenter.

= Les cas rebelles deviennent du domaine de l'hypopharyngoscopie directe. Mais on doit remarquer que cet examen :

- si utile pour découvrir (et biopsier) une petite lésion de l'angle antérieur d'un sinus piriforme,

- ne donne, en fait, guère plus de renseignements que le miroir, en matière de cancers du sinus piriforme, sauf, peut-être, sur deux points d'ailleurs fondamentaux : l'extension inférieure de la lésion, le franchissement de la ligne médiane à la face postérieure d'un cricoïde qui, spontanément, reste collé au plan rachidien.

- En bref, après la clinique, LE VERITABLE BILAN DES LESIONS EST OPERATOIRE.

= Il est nécessaire de disposer, dans tous les cas, d'une biopsie positive (Il faut, sinon, multiplier les prélèvements) pour décider du traitement chirurgical : cette attitude, de principe, ne devrait pas souffrir, pratiquement, d'exceptions.

= L'examen O.R.L. sera complet, ne serait-ce que pour confirmer qu'une otalgie n'a pas d'étiologie locale ou pour trouver la fosse nasale la plus apte à donner passage à la future sonde naso-oesophagienne.

= Au total, cet examen clinique est bien le même que celui pratiqué pour tout pharyngo-larynx ; dans l'éventualité d'une intervention partielle, il doit s'attacher à préciser :

- l'absence d'atteinte cartilagineuse ;

- la topographie lésionnelle exacte et l'extension : en largeur, restant à distance de la ligne médiane et verticalement, vers le haut ; tous renseignements obtenus plus ou moins facilement.

- l'extension basse, essentielle à reconnaître, se démasque :

. par l'existence d'une dysphagie nette (en dehors de toute atteinte oesophagienne concomitante) ;

. par l'examen au miroir, sujet debout, en phonation, médecin à genoux.

. Préciser l'extension inférieure est souvent très difficile, même sous hypopharyngoscopie directe et même avec le recours aux examens complémentaires.

* La place des examens complémentaires dans le bilan de la lésion pharyngo-laryngée apparaît, en effet, moins importante.

= Les radiographies du larynGo-pharynx, sans préparation.

= Les tomographies frontales du larynx ont surtout l'intérêt de dépister un envahissement cartilagineux (encore que la palpation soit souvent plus précise) ou de la loge hyo-thyro-épiglottique.

= Les clichés après opacification (laryngogram-

mes d'OGURA, pharyngographies sous pression de BOURDON, BARD et FLEURY) semblent très séduisants. La difficulté de leur obtention, dans les conditions actuelles de l'hospitalisation, fait que nous n'en avons pas l'habitude dans le service.

= L'exploration de l'oesophage opacifié est constante : qu'un doute sur l'état de la bouche oesophagienne ou sa proximité avec la lésion pharyngée le commande ; ou pour rechercher une seconde localisation oesophagienne dont on connaît la relative fréquence.

= En conclusion, cette exploration radiologique :

- Ne donne, pratiquement, pas plus de précisions qu'un bon examen au miroir. En particulier, elle aussi précise difficilement :

. la démarcation inférieure de la lésion,
. et les cas "limites" qui relèvent d'une intervention partielle.

- Mais l'exploration radiologique doit être faite systématiquement, car elle objective non seulement l'état des sinus piriformes, mais aussi, et surtout, celui de l'oesophage.

B)- L'examen du malade est, aussi, général.

= Examen somatique complet.

= Et, systématiques sont :

- la radiographie du thorax, de face ;

- l'électrocardiogramme standard ;

- Le bilan humoral comprend :

. détermination du groupe sanguin et Rh,
. dosage d'urée sanguine,
. glycémie,
. hémogramme,
. sérologie syphilitique,

. exploration de la coagulation (temps de coagulation, saignement, mais aussi temps de Quick et test de tolérance à l'héparine),

. protidémie,

. "complet hépatique", si besoin.

= Parfois seront utiles des épreuves fonctionnelles respiratoires en laboratoire spécialisé (qui ont été, un temps, systématiques dans le service ORL de l'Hôpital Laënnec).

Pendant la phase pré-opératoire, le traitement vise à un quadruple but :

1- Réduire la part inflammatoire des lésions (Les cancers du sinus piriforme sont pratiquement toujours infectés).

- Les antibiotiques sont systématiques :

Pénicilline I.M. 1 million v.o.) par
Streptomycine I.M. 1 gramme) jour

- La corticothérapie n'est pas employée, malgré son efficacité, car elle diminue les facultés de défense de l'organisme.

- La mise en état de la bouche et des dents, effectuée en stomatologie, est systématique.

2- Deuxième objectif thérapeutique : améliorer le terrain.

- C'est d'abord donner une alimentation riche et rationnellement calculée.

- Puis, outre l'équilibration d'un diabète éventuel,

- sont habituelles les prescriptions :

. de vitamine B12, I.M., pour son action stimulante de l'hématopoïèse, tonique et eutrophique;

. de vitamine K, I.M., pour pallier un

déficit en prothrombine ;

. d'extraits de foie, I.M., et d'arginine-glucose per os, censés capables d'aider un organe si souvent insuffisant, à un degré variable, chez les patients ;

. de même le glutathion, I.M., qui serait encore anabolisant et cicatrisant.

3- L'administration d'antimitotiques d'efficacité discutée vise à modérer la croissance néoplasique et à prévenir une poussée évolutive : 600 mg en une injection intra-veineuse lente, trois fois par semaine, de cyclophosphamide.

4- La préparation psychologique est importante:

= Il faut obtenir le consentement du patient à une totalisation éventuellement jugée indispensable pendant l'intervention.

= Le sujet doit accepter la gravité de son état (même s'il ne la mesure pas exactement) et récupérer son agressivité naturelle vis-à-vis de la maladie.

= Ce à quoi l'aideront :

- un contact humain entre le médecin et le malade ;
- la prescription de tranquillisants (méprobamate (1), chlordiazepoxide (2), diazepam (3),
- et si besoin, les secours du psychologue et du psychiatre.

= De plus, la veille de l'intervention, sera prescrit un hypnotique puissant (Nembutal* 120 mg), premier élément de la prémédication, qui comporte,une heure avant l'intervention, l'administration intramus-

---

(1)- Procalmadiol
(2)- Librium
(3)- Valium

culaire de :

- Atropine : 0,5 mg
- Péthidine (1) : 100 mg (ou 50 mg).

Ainsi, le sujet sera-t-il amené détendu à la salle d'opérations.

(1)- Dolosal.

B - L'OPERATION.

- Peut être soit une pharyngectomie partielle, soit une hémi-laryngo-pharyngectomie verticale.

- Dans les deux cas, s'associe un évidement ganglionnaire, complet en monobloc.

- Nous exposerons la technique utilisée actuellement par nos Maîtres. Elle a subi et subira encore des modifications de détail visant à l'améliorer.

I - LA PHARYNGECTOMIE PARTIELLE.

Débute par une trachéotomie, sous anesthésie locale.

= L'incision cutanée est :

- horizontale : tracée à un cm au-dessous du bord inférieur du cricoïde.

- asymétrique : dessinée du côté lésé, depuis la ligne médiane qu'elle ne dépasse pas (ou d'un cm), jusqu'au milieu du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

- Elle prend peau, tissu cellulaire sous-cutané et peaucier.

- L'hémostase est soigneuse, notamment section entre deux ligatures de la veine jugulaire antérieure.

= L'abord trachéal :

- se fait par écartement des muscles sous-hyoïdiens, discisés sur la ligne médiane d'avec ceux du côté sain.

- L'isthme du corps thyroïde est, en règle, sectionné entre deux ligatures appuyées, après infiltration anesthésique.

= L'ouverture trachéale :

- De forme variable (en forme d'I ou circulaire avec excision d'une rondelle de paroi antérieure),
- Est faite à travers les 2e et 3e anneaux trachéaux.

= La mise en place d'une sonde de MONTANDON marque le début de l'anesthésie générale qui se fait:

- Après induction au Pentothal-Curare ;
- En circuit semi-ouvert :
  . sous fluothane ou protoxyde d'azote et oxygène,
  . avec, si besoin, nouvelles injections de pentothal-curare.

L'incision cutanée a la forme d'un L (inversé quand elle est du côté gauche du cou).

= L'incision comprend deux segments :

- Le segment horizontal a permis la trachéotomie.
- Il se raccorde, sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, à angle obtus, arrondi, avec
- Le segment vertical qui, croisant la direction du muscle, remonte jusqu'au voisinage de la pointe de la mastoïde.

= L'incision :

- prend peau, tissu cellulaire sous-cutané et peaucier dont la section doit être nette.
- Elle respecte le plan de l'aponévrose superficielle.

Le relèvement du lambeau - L'hémostase.

= Le relèvement du lambeau, pratiqué au bistouri, se fait à la face profonde du peaucier, jus-

qu'à la ligne médiane et jusqu'à l'os hyoïde.

= L'hémostase des tranches est soigneuse, préférant les ligatures à l'électrocoagulation.

La première partie de l'intervention est l'évidement ganglionnaire.

= Conduit de façon classique, de bas en haut et d'arrière en avant, il ne sera pas décrit.

= Soulignons cependant que :

- L'évidement cellulo-ganglionnaire est complet,

. Emportant muscle sterno-cléido-mastoïdien,
veine jugulaire interne,
branche externe du nerf spinal
(qui ne peut être sauvegardée qu'en l'absence de ganglions à son voisinage).

. Et, surtout, tous les ganglions cervicaux, y compris les ganglions (et la glande) sous-maxillaires.

-La pièce de curage reste amarrée au pédicule laryngé supérieur et à l'aile thyroïdienne correspondante, entre :

- En haut : l'artère thyroïdienne supérieure, liée et coupée à son origine ;

- En bas : le pôle supérieur du lobe latéral du corps thyroïde, qui est également lié et coupé.

-Le nerf laryngé supérieur doit, à ce temps, être conservé.

= Ainsi, la pièce de curage sera enlevée avec la pièce pharyngée "en monobloc".

La deuxième partie de l'intervention est la pharyngectomie partielle qui comprend quatre temps.

1- Le premier temps consiste en l'abord antéro-

latéral du larynx et la section des structures cartilagineuses :

= Libération de l'hémi-os hyoïde (corps et grande corne) du côté lésé par section - à son contact - au bistouri, des muscles sus- et sous-hyoïdiens homolatéraux. Section médiane verticale du corps de l'os hyoïde, à la cisaille.

= Le larynx est, ensuite, dégagé des muscles sous-hyoïdiens.

- Le ventre antérieur de l'omo-hyoïdien, récliné en arrière, reste solidaire de la pièce de curage.

- Par contre, sterno-cléido-hyoïdien et thyro-hyoïdien, du côté lésé, sont soigneusement réclinés en avant (jusqu'à la ligne médiane) : ils serviront de plan de recouvrement ; nous les reverrons.

- Ainsi s'expose le larynx avec la membrane thyro-hyoïdienne et l'aile thyroïdienne.

= La section de l'aile thyroïdienne :

- mobilise, typiquement, sa partie postéro-supérieure :

. Après incisions au niveau des bords supérieur et inférieur, permettant la rugination sous-périchondrale profonde, on sectionne à la cisaille,

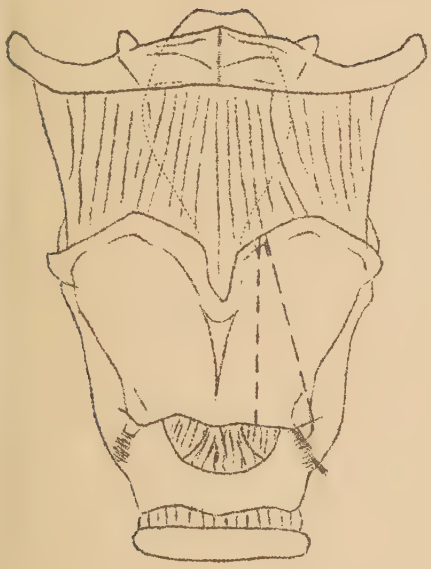
. selon une ligne oblique en bas et en arrière, étendue :

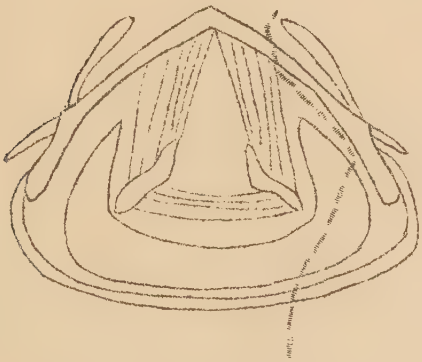
- Du bord supérieur : un cm environ, en dehors de l'incisure médiane,
- au bord inférieur : juste en avant de la petite corne.

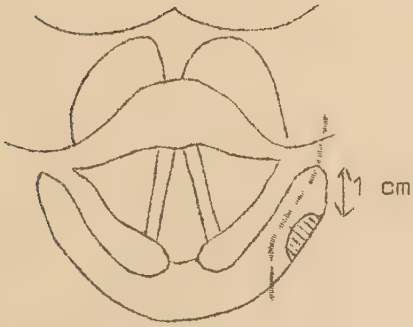
. La désarticulation crico-thyroïdienne se fait facilement avec le bistouri ou les ciseaux.

- En fait, l'étendue de la résection alaire thyroïdienne est variable : la ligne de section peut

PHARYNGECTOMIE PARTIELLE







être verticale, paramédiane, mobilisant presque toute l'aile du cartilage thyroïde.

2- Deuxième temps : La pharyngotomie peut se faire de deux façons.

= Soit pharyngotomie latérale verticale, rétro-hyoïdienne, abordant la tumeur par en arrière :

- Le bistouri incise, le long du bord postérieur de l'aile thyroïdienne et en arrière de lui:

. d'abord le constricteur inférieur : section franche, lame bien perpendiculaire au plan du muscle, afin d'éviter de se perdre dans son épaisseur sans atteindre la muqueuse.

. La muqueuse, ensuite, est "ponctionnée" d'abord et l'on repère soigneusement où on se trouve; puis l'orifice est agrandi vers le haut et vers le bas.

- On doit rester en dessous du nerf laryngé supérieur, qui peut être récliné vers le haut.

. Ainsi est abordée, par l'arrière, la quasi-totalité du sinus piriforme.

. Mais le risque est important d'ouvrir le pharynx trop près de la tumeur.

= Soit pharyngotomie haute, paramédiane, horizontale, transvalléculaire, au-dessus du bord supérieur de la membrane thyro-hyoïdienne.

Le bistouri incise le long de la membrane hyo-épiglottique (rasant sa face supérieure). Ainsi se déplissera la muqueuse de la vallécule.

La muqueuse pharyngée est incisée, facilement, au bord latéral de l'épiglotte.

Le sinus piriforme, abordé par en haut (on est au-dessus du repli pharyngo-épiglottique) est toujours bien exposé.

Un risque pourtant : les tumeurs hautes du sinus piriforme.

= Quoi qu'il en soit, la pharyngotomie permet le bilan lésionnel précis :

- Sont appréciées avec exactitude :

. les dimensions exactes de la tumeur,
. l'extension, notamment inférieure.

- Si la lésion s'avère trop étendue pour une pharyngectomie partielle, on peut décider, en toute connaissance de cause, une hémilaryngo-pharyngectomie, ou une pharyngo-laryngectomie totale.

- Si le bien-fondé de l'indication se confirme, sera ensuite effectué :

3- Le troisième temps : L'exérèse de la lésion primaire.

= Elle se fait aux ciseaux fins, sous contrôle visuel constant, en laissant autour du cancer une collerette de muqueuse saine de 2 cm environ.

= Ainsi, sont enlevées en monobloc :

la tumeur,
l'aile thyroïdienne, la membrane thyro-thyroïdienne et l'hémi-os hyoïde,
et la masse ganglionnaire.

= L'attitude vis-à-vis du nerf laryngé supérieur est dictée par la sécurité carcinologique. On peut le conserver parfois.

= On fait l'hémostase soigneuse (ligatures au catgut fin) des tranches de section pharyngée.

4- Le quatrième temps est la suture pharyngée, réalisée en changeant d'instruments.

= Après mise en place de la sonde oesophagienne passée dans l'autre sinus piriforme,

= La suture, par rapprochement des bords, est toujours aisément réalisable.

- Elle se fait en deux plans :

. muqueuse dont les tranches doivent s'invaginer vers la lumière hparyngée,
. puis plan musculaire du constricteur inférieur.

- Elle utilise :

. Un matériel variable : entre autres, le lin imputrescible a fait place, dans l'expérience de nos Maîtres, au catgut chromé 00.

. Les points pratiqués peuvent être :

- transfixiants, noués à l'intérieur et inversants (U ou Blair-Donatti, mieux que points simples),
- ou non transfixiants, sous-muqueux.

- L'essentiel n'est ni dans le fil, ni dans le point, mais dans le soin et la minutie avec lesquels doit être exécutée la réfection de ce plan pharyngé ; le temps de réparation est un temps majeur. Il faut :
. opérer tranquillement et sans hâte ;
. faire des points séparés, comportant trois noeuds, de préférence ;
. régulièrement disposés, tous les demi-centimètres ;
. pas trop serrés, mais juste à point pour affronter les berges.

= Un plan de recouvrement (partiel) intéressant est constitué par les muscles sous-hyoïdiens (sterno-cléido-hyoïdien et thyro-hyoïdien homolatéraux), soigneusement conservés, qu'on peut facilement suturer, en haut, aux muscles sus-hyoïdiens.

La fin de l'intervention comporte :

= La vérification de l'hémostase.

= La mise en place d'un drainage aspiratif, à distance de la suture pharyngée, dont le bout suceur est fixé par une soie transcutanée, nouée lâche.

= La suture cutanée se fait en deux plans :

- Le plan sous-cutané est essentiel :

  . prenant tissu sous-cutané et peaucier,
  . au catgut chromé fin,
  . points séparés, réguliers, tous les centimètres.

- Le plan cutané est fait :

  . en prenant large,
  . à la soie moyenne,
  . points rares et serrés à point pour affronter.

= Le pansement compressif est fait par l'opérateur lui-même.

= Canule de trachéotomie matelassée de compresses fendues.

= Fixation soigneuse de la sonde alimentaire (au moyen de bandes adhésives sur la peau, parfois renforcées par une soie solidaire de la sonde et fixée à la sous-cloison).

= Dès lors, l'opéré entre dans la phase post-opératoire, où nous le retrouverons.

II - L'HEMI-LARYNGO-PHARYNGECTOMIE VERTICALE.

Ajoute à la pharyngectomie partielle une exérèse plus ou moins importante de l'hémi-larynx correspondant.

Les premiers temps opératoires sont identiques à ceux de la pharyngectomie partielle.

- La trachéotomie est horizontale, asymétrique, trans-isthmique au niveau des 2e et 3e anneaux.

- L'incision cutanée dessine un L.

- Le relèvement du lambeau et

- L'évidement ganglionnaire sont conduits comme précédemment.

L'hémi-laryngo-pharyngectomie comprend quatre temps:

1- Le premier temps comporte l'abord antéro-latéral du larynx et la section des structures ostéo-cartilagineuses.

= L'hémi-os hyoïde du côté lésé est séparé, au bistouri, des muscles sus- et sous-hyoïdiens. Section médiane verticale du corps de l'os à la cisaille.

= L'exposition du larynx est réalisée par l'écartement des muscles sous-hyoïdiens.

- L'omo-hyoïdien, récliné en arrière, reste avec la masse de curage.

- Le sterno-cléido-hyoïdien, doublé à sa face profonde du thyro-hyoïdien, est récliné vers l'avant.

= Libération de l'aile thyroïdienne.

- Le larynx étant maintenu basculé du côté opposé :

. on pratique l'incision du constricteur inférieur et du périchondre externe : verticale, du sommet de la grande jusqu'à la petite corne thyroïdienne, elle longe le bord postérieur de l'aile thyroïdienne, restant un demi-centimètre en avant de lui.

. On pratique alors la rugination sous-périchondrale externe, d'arrière en avant, jusqu'à la ligne médiane : un obstacle est représenté par la ligne oblique où le bistouri, diligemment manié, parvient à vaincre l'intrication du périchondre aux fibres tendineuses d'insertion musculaire, sans solution de continuité pour celui-ci.

- En haut, au niveau du bord supérieur de l'aile thyroïdienne, aucune section n'est pratiquée. On décolle de bas en haut selon le plan situé entre muscle thyro-hyoïdien et membrane thyro-hyoïdienne (où pénètre le nerf laryngé supérieur).

- Ainsi peut être récliné, d'arrière en avant, un vaste lambeau musculo-périchondral externe, à charnière antérieure, paramédiane, essentiel pour la reconstruction.

- La rugination sous-périchondrale interne, verticale, paramédiane, est, ensuite, ou non pratiquée.

- La section paramédiane de l'aile thyroïdienne conserve l'angle antérieur.

= Enfin, la désarticulation crico-thyroïdienne (avec bistouri ou ciseaux) mobilise l'aile thyroïdienne.

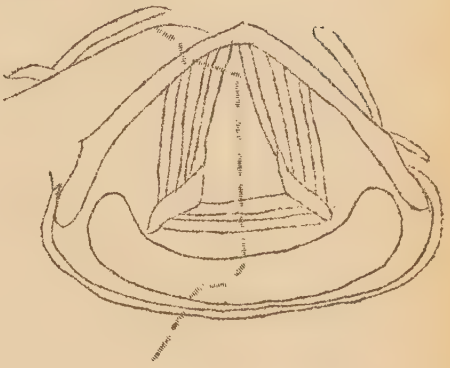
2- Le deuxième temps est l'ouverture du pharynx.

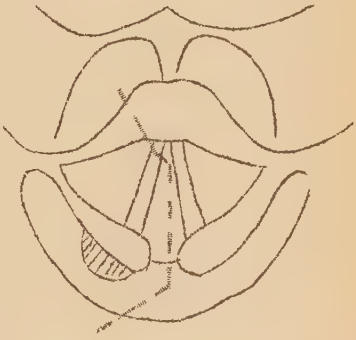
= Ont déjà été décrites :

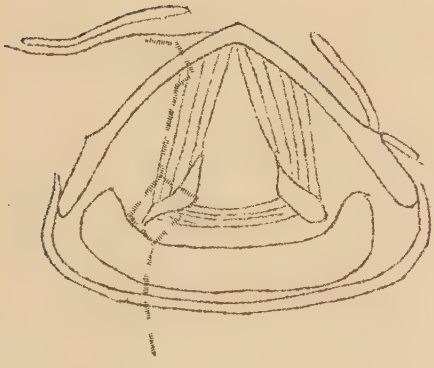
- la pharyngotomie latérale, verticale ;
- la pharyngotomie haute , horizontale.

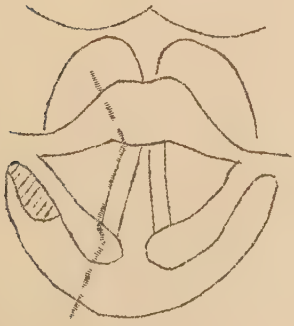
= On peut encore pratiquer une ouverture

HEMI-LARYNGO-PHARYNGECTOMIES









paramédiane du larynx, faite lors du temps précédent, de section alaire , avec une cisaille introduite par la membrane crico-thyroïdienne (n'est pas pratiqué, alors, le décollement sous-périchondral profond).

= Quoi qu'il en soit, le bilan lésionnel exact est alors possible : le bien-fondé de l'intervention étant acquis (pas de franchissement de la ligne médiane), on passe au temps suivant.

3- Troisième temps : l'ablation de la tumeur.

= Ajoute à la résection pharyngée (paroi externe du sinus piriforme),

= Une exérèse, d'importance variable, au niveau de l'hémilarynx.

- Dans le plan horizontal, en largeur, on a le choix entre les hémilaryngectomies complète et partielle.

. L'hémilaryngectomie complète(*) :

- conserve, en avant, l'angle antérieur ;
- est strictement médiane, en arrière, entre les deux aryténoïdes ;
- Elle emporte donc tout l'hémilarynx, y compris l'aryténoïde.
- Techniquement, les ciseaux coupent :

. en avant, le long du bord latéral de l'épiglotte jusqu'au pied ;
. en arrière, au milieu de la région interaryténoïdienne;
. en bas, on suit le bord supérieur du cricoïde.

(*)- Complète ne signifie pas totale ou hémilaryngectomie "vraie" : celle-ci emportant un hémi-cricoïde.

. L'hémilaryngectomie partielle :

- conserve l'angle antérieur, la corde vocale, l'aryténoïde ou une portion de l'aryténoïde ;

- emporte la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique.

- Techniquement, les ciseaux écornent à la demande le mur pharyngo-laryngé.

- Dans le plan vertical, la limitation de l'exérèse en hauteur pose un problème délicat :

. Non pas tant vers le haut, où l'épiglotte peut être réséquée à la demande, de même le carrefour des trois replis.

. Mais vers le bas : une résection partielle de l'hémicricoïde a pu être réalisée. Nous n'avons pas eu à pratiquer d'hémirésection totale du cricoïde. En fait, on touche là à la limite des indications de la méthode.

= L'exérèse en monobloc du gîte ganglionnaire et de la lésion primitive étant effectuée,

= On pratique l'hémostase des tranches de section.

= C'est alors que doit s'effectuer la myotomie longitudinale, extra-muqueuse, du sphincter cricopharyngé : au bistouri, un doigt étant engagé dans la bouche oesophagienne.

4- Le quatrième temps est celui de la réparation.

A- Après mise en place de la sonde oesophagienne, qu'on fait passer dans le sinus piriforme restant,

B- La réparation est un temps délicat :

= En effet, l'exérèse :

- A supprimé un sinus piriforme,
- Et laisse une brèche dans le mur pharyngo-laryngé en forme d'U à branches inégales : l'antérieure étant le bord latéral de l'épiglotte, la postérieure la tranche interaryténoïdienne, le fond la tranche sus-cricoïdienne.

= Les principes de la réparation sont les suivants :

- Il n'est pas possible de refaire un sinus piriforme complet.

- A la place d'un mur pharyngo-laryngé, il y aura un mur laryngé.

- La restauration muqueuse immédiate, parfois réalisable totalement, est habituellement incomplète. Il faut alors fermer par un rapprochement musculaire, qui fournira le substrat d'une épidermisation muqueuse secondaire.

= Les moyens utilisés sont les suivants :

1- Mobilisation par décollement, de la paroi pharyngée postérieure, toujours facile, de façon à disposer du maximum d'étoffe.

2- Rétrécissement, autant que faire se peut, de la brèche :

- C'est possible, notamment, au niveau de la tranche inter-aryténoïdienne où l'on peut fermer (ou simplement rapprocher) à condition d'avoir su garder le maximum de muqueuse interaryténoïdienne. L'essentiel, à ce niveau, est de recouvrir l'aryténoïde controlatéral.

- Il est possible, également, de suturer la muqueuse le long du bord latéral de l'épiglotte mobile, du côté réséqué.

3- "Apport" de matériaux extérieurs à la paroi pharyngée. On verra l'utilisation du périchondre externe thyroïdien et de divers muscles : sous-hyoïdiens controlatéraux ou homolatéraux, ventre

antérieur du digastrique désinséré de son attache maxillaire. Même le lobe latéral du corps thyroïde peut être mis à contribution pour matelasser.

= Pratiquement, on envisagera successivement la réparation muqueuse complète possible dans certains cas, puis la reconstitution immédiate réalisée dans les autres cas.

a)- La réparation muqueuse complète comporte :

- La suture-recouvrement de l'aryténoïde controlatéral.

- La suture-recouvrement du bord latéral de l'épiglotte mobile.

- La suture de la tranche pharyngée postérieure (mobilisée) à la tranche de section laryngée (bord latéral de l'épiglotte, portion fixe).

- Le lambeau musculo-périchondral externe est rabattu et suturé à l'angle postéro-latéral du pharynx reconstitué et aux muscles sus-hyoïdiens. Ce lambeau recouvre et protège la suture muqueuse qui est ramenée très en avant.

- Ainsi est réalisée une suture hermétique et solide.

b)- La reconstitution effectuée dans les autres cas :

- comporte également :

. le recouvrement de l'aryténoïde opposé,

. le recouvrement du bord latéral de l'épiglotte mobile.

- Mais la suture des tranches muqueuses, pharyngée postérieure et laryngée, n'est réalisable :

. qu'en haut où le pharynx est large, l'étoffe abondante,

. et en bas : le pharynx est très étroit, la muqueuse monte facilement.

- A l'étage intermédiaire (partie moyenne, thyroïdienne, de l'ancien sinus piriforme), la brèche est maximale:

. Le rideau pharyngé doit être suturé sur le plan périchondro-musculaire qui vient le doubler et surtout le compléter.

. Ainsi, les points en U, séparés, rapprochent :

- le sterno-cléido-hyoïdien controlatéral des constricteurs du côté réséqué ;
- ou bien le sterno-cléido-hyoïdien et le périchondre homolatéraux, que l'on aura gardés, avec la même tranche des constricteurs.

. Une suture hermétique et solide est réalisée de la sorte.

- Comme dans une pharyngectomie partielle, l'essentiel n'est ni dans le fil ni dans le point, mais dans le soin et la minutie avec lesquels on doit effectuer ce temps de réparation.

La fin de l'intervention est menée de la même façon que pour une pharyngectomie partielle.

o o

C - LA PHASE POST-OPERATOIRE.

Sera envisagée successivement après pharyngectomie partielle, puis après hémi-laryngo-pharyngectomie.

I - APRES PHARYNGECTOMIE PARTIELLE.

A- Dans les 24 premières heures, l'opéré ne pose que des problèmes généraux :

= L'antibiothérapie est systématique :
Pénicilline) 3 millions par jour.
Colymicine)

= Equilibration de la masse sanguine. Continuation des perfusions sanguines de compensation peropératoire.

= Surveillance jusqu'au réveil par l'anesthésiste.

= L'oxygénothérapie, par sonde nasale, est :

- Discontinue : un quart d'heure toutes les demi-heures.
- A faible débit : 3 litres/minute.
- Poursuivie, selon les besoins, en moyenne durant l'après-midi.

= La surveillance est attentive :
- de la température, notée matin et soir ;
- de la tension artérielle) appréciés et
- et du pouls,) notés toutes
- de la respiration,) les 3 heures.

= Le drainage aspiratif, d'efficacité étroitement surveillée :

- est réalisé par flacons où le vide a été

fait,

- Ces récipients sont changés au retour de l'opéré dans son lit, puis toutes les 8 heures ;
- Les quantités retirées sont notées.

= L'agitation, assez fréquente chez les opérés éthyliques chroniques, oblige à :

- mettre des barrières sur les flancs du lit,
- attacher les mains,
- parfois à user de drogues :
  Méprobamate I.M.,
  Diazepan I.M.

L'agitation peut d'ailleurs être déclenchée ou majorée par :

= La douleur post-opératoire qui justifie l'administration de :

- Supposalgydal,
- Péthidine I.M. : 50 mg, pour la nuit.

= L'intervention est peu choquante et, en règle, le cap des 24 heures est franchi simplement.

B- Les jours suivants, les problèmes sont locaux et généraux.

= Localement :

1- La surveillance est journalière, mais les pansements sont peu fréquents.

- Ils sont effectués :

  . en salle de pansements,
  . avec miroir de Clar et gants,
  . par l'opérateur lui-même.

- Schématiquement :

  . Le premier pansement a lieu le 2e ou le 3e jour.

Il est effectué, en effet, quand le

drainage aspiratif devient inutile, car inopérant.

On procède :
- à l'ablation du matériel de drainage ;
- parfois, à l'ablation d'une partie du matériel de suture cutanée ;
- la plaie opératoire est badigeonnée avec une solution d'éosine alcoolique ;
- le pansement compressif, maintenu par bandage cervical, a un rôle important : il est réalisé par l'opérateur.

. Le deuxième pansement a lieu le 7e-8e jour, quand la cicatrisation doit être obtenue.

- Avec les mêmes précautions techniques,

- On pratique :

. L'ablation des fils restants,
. La désinfection de la plaie opératoire :
- tantôt laissée à l'air ;
- tantôt recouverte par un nouveau pansement compressif.

- Entre les pansements, on se contente de resserrer le bandage, en glissant des compresses entre la bande et la nuque de l'opéré.

Ce schéma n'est qu'une moyenne : il est modifié selon les exigences de chaque cas particulier, recherche d'une cause locale à une fièvre post-opératoire, par exemple.

2- La canule de trachéotomie est enlevée,

- A une date variable entre le 6e et le 14e jour , après s'être assuré que le patient peut s'en passer.

3- La sonde oesophagienne :

- est enlevée à une date variable selon les cas, entre le 7e et le 14e jour,

- après épreuve au bleu de méthylène vérifiant l'étanchéité pharyngée.

Sur le plan général :

= L'opéré, mis au fauteuil dès le lendemain, marche le surlendemain.

= La surveillance est poursuivie de :
- la température,
- la courbe de diurèse,
- la tension artérielle,
- du pouls,
- l'état broncho-pulmonaire.

= Le traitement vise à un double but :

1- Lutter contre l'infection : l'antibiothérapie est poursuivie systématiquement pendant 8-10 jours en moyenne.

2- Aider l'organisme de l'opéré à réagir et à cicatriser. Ainsi seront donnés :

- Selon l'opportunité :

. des transfusions de 250 ml, au besoin répétées,

. des antispasmodiques et pansements gastriques lutteront contre l'intolérance à la sonde naso-oesophagienne.

- L'administration est systématique :

. de vitaminothérapie B12,
. d'hépatothérapie,
. et de médications anabolisantes.

= Cas particuliers :

- Equilibration soigneuse d'un diabète.
- Reprise d'un traitement anticoagulant, au 4e jour, par les dérivés du dicoumarol.

II - APRES HEMI-LARYNGO-PHARYNGECTOMIE VERTICALE.

Les suites immédiates sont semblables.

Ultérieurement :

= Les mêmes mesures sont prises.

= L'ablation de la canule de trachéotomie se fait du 5e au 22e jour.

= L'ablation de la sonde alimentaire intervient du 10e au 22e jour.

= La reprise de l'alimentation :

- Est parfois simple, parfois troublée par des fausses routes.

- Elle se fait selon les principes suivants :

. D'abord alimentation exclusivement pâteuse (avec apport liquidien parentéral) pendant 48 heures.

. Puis essai d'adjonction de mets semi-liquides (yaourt, crème, flan).

. La reprise des liquides est la dernière à intervenir, toujours fractionnée et progressive, parfois difficultueuse.

- On doit jouer l'opportunité, s'armer de patience et encourager le patient à faire des efforts de déglutition, seul moyen de rétablir la synergie fonctionnelle indispensable.

III - Que ce soit après pharyngectomie partielle ou après hémi-laryngo-pharyngectomie, dès la cicatrisation obtenue et la déglutition reprise, le patient est soumis à LA RADIOTHERAPIE.

L'absence de télécobalt dans les conditions hospitalières qui sont les nôtres nous a, jusqu'ici, obligés à recourir à la radiothérapie convention-

nelle (200 KV).

- Deux champs cervicaux superposés, de chaque côté, de la base du crâne aux clavicules, délivrent chacun 4.000 R peau, soit un total de 16-18.000 R peau.

- Le patient est revu, pendant cette période, tous les quinze jours.

IV - LA SURVEILLANCE ULTERIEURE est :

- la première année : mensuelle ;

- la deuxième année : trimestrielle ;

- ensuite : semestrielle ;

- ce schéma pouvant être modifié selon les particularités de chaque cas.

= III =

LE GROUPE D'ETUDE

- TRENTE-HUIT OBSERVATIONS AYANT BENEFICIE DE LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE.

- ANALYSE DES DONNEES ETIOLOGIQUES.

LES 38 OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (464) - Mr. L... Lucien, 66 ans, électricien, présente :

- Une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche, mobile, histologiquement envahie, révélatrice

- d'un épithélioma épidermoïde très limité, situé à la partie tout antérieure de la paroi pharyngée du sinus piriforme gauche, objectivé seulement en hypopharyngoscopie directe.

- Le 21-II-1961 : Pharyngectomie partielle avec conservation du nerf laryngé supérieur et évidement ganglionnaire jugulo-carotidien gauche (ganglions non envahis histologiquement). Suites marquées par une désunion cutanée avec fistule. Radiothérapie, de ce fait, commencée deux mois après.l'intervention. Excellent résultat, 6 ans après, à tous points de vue (pharyngé, cervical, fonctionnel).

OBSERVATION N° 2 (544) - Mr. J... René, retraité de 69 ans, présente :

- Un carcinome épidermoïde différencié de la paroi externe du sinus piriforme gauche, de 2x2 cm.

- Avec adénopathie homolatérale, jugulo-carotidienne moyenne (2x3 cm), mobile.

- 23-V-1962 : Pharyngectomie partielle avec conservation du nerf laryngé supérieur et curage ganglionnaire gauche, suivie de radiothérapie.

- 21-IV-1963 : Redux au niveau du sinus piriforme gauche (11 mois), justifiant pharyngo-laryngectomie totale et antimitotiques.

- 7-VIII-1963 : Redux sous-cutané gauche et ganglionnaire gauche, traité par exérèse chirurgicale et adénectomie (avec ligature de la carotide externe). Suites troublées par une hémorragie, par la plaie opératoire, motivant la ligature des carotides

primitive et interne gauche, suivie de monoplégie brachiale droite, incomplète.

- Le patient est décédé le 15-XI-1963 (18 mois au total après l'intervention), à son domicile. La cause de la mort n'a pas été précisée.

OBSERVATION Nº 3 (775) - Mr. J... Louis, 52 ans, peintre, présente :

- Une lésion du versant externe du sinus piriforme droit (carcinome différencié, de 2x2 cm), atteignant l'angle antérieur et haut situé.

- Avec gros ganglion homolatéral, fixé, histologiquement envahi.

- 8-II-1963 : Pharyngectomie partielle droite, avec conservation du nerf laryngé supérieur, et évidement ganglionnaire droit. Suites normales. Radiothérapie complémentaire.

- 31-VIII-1965 : Décès, de cause non précisée.

OBSERVATION Nº 4 (845) - Mr. R... Jean, 45 ans, présente :

- Une tumeur (épidermoïde, très mature) ulcéro-bourgeonnante de la partie haute de la paroi externe du sinus piriforme droit.

- Avec ganglions, homolatéraux, mobiles, envahis histologiquement.

- 5-II-1963 : Pharyngectomie partielle avec section du nerf laryngé supérieur et évidement ganglionnaire droit. Suites normales. Radiothérapie complémentaire à Orléans.

- Décès, de cause non précisée, le 20-VIII-1965 (recul = 2,5 ans).

OBSERVATION Nº 5 (860) - Mr. B... Fernand, 55 ans, Inspecteur des P. et T., présente :

- Une lésion intéressant tout le versant externe du sinus piriforme droit, n'atteignant pas l'angle antérieur (épithélioma épidermoïde peu mature),

- Sans adénopathie.

- Le 10-IV-1963 : Pharyngectomie partielle, conservant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire droit. Suites normales. Radiothérapie complémentaire et antimitotiques associés.

- 24-II-1964 : Métastase pulmonaire droite (lobe inférieur gauche). Patient perdu de vue 11 mois après. Décès de cause non précisée.

OBSERVATION N° 6 (926) - Mr. B... Edmond, 66 ans, agent de plantation en Côte-d'Ivoire, présente :

- Un carcinome très différencié de toute la paroi externe du sinus piriforme droit, qui déborde en haut sur la paroi latérale de l'hypopharynx ;

- Sans adénopathie.

- 6-V-1963 : Pharyngectomie partielle conservant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire droit. Suites normales. Antimitotiques associés aux radiations.

- Patient perdu de vue depuis le 16-IX-1963 (5 mois après intervention). N'a pas répondu à lettre-enquête de Mars 1967.

OBSERVATION N° 7 (1017) - Mr. L... Roger, 53 ans, agent de production, présente :

- Un carcinome épidermoïde différencié, réalisant une tumeur allongée, bourgeonnante, en surface du repli pharyngo-épiglottique gauche.

- Avec adénopathie, homolatérale, jugulo-carotidienne moyenne, mobile, qui se révèlera franchement métastatique.

- 13-V-1964 : Pharyngectomie partielle, respec-

tant le nerf laryngé supérieur, et évidement ganglionnaire gauche. Suites normales. Radiothérapie complémentaire.

- 27-X-1966 (29 mois) : Métastase costale (10e côte gauche) et récidive intéressant la vallécule gauche et la face linguale de la partie gauche de l'épiglotte : traitement antimitotique et antibiotique + corticoïdes alternés, maintenus jusqu'en Avril 1967. (Trois ans de recul).

OBSERVATION N° 8 (1182) - Mr. B... Georges, 52 ans, chaudronnier, présente :

- Un carcinome épidermoïde, différencié mature, occupant la partie haute du sinus piriforme droit :
  . versant pharyngé,
  . angle antérieur,
  . versant laryngé, débordant sur le repli ary-épiglottique, avec nette altération de la mobilité de l'hémilarynx droit.

- Sans adénopathie : l'absence d'envahissement ganglionnaire, vérifié histologiquement, est remarquable.

- 25-II-1964 : Evidement ganglionnaire droit associé à une hémi-laryngo-pharyngectomie droite, sacrifiant le nerf laryngé supérieur, avec tube de polyéthylène endolaryngé de calibrage. Suites simples. Radiothérapie complémentaire commencée un mois après l'intervention et poursuivie jusqu'à 18.000 R. Antimitotiques associés aux radiations.

- 17-VIII-1964 : Métastase pulmonaire gauche.

- 5-IV-1967 : Bon état local et ganglionnaire (après 3 ans et 2 mois). Seul incident : des troubles de la déglutition (dysphagie, sans odynophagie, à la viande ; reflux liquidien parfois).

OBSERVATION N° 9 (1323) - Mr. A... Mathurin, 55 ans, présente :

- Un carcinome épidermoïde très bien différencié

réalisant une grosse tumeur d'apparence pédiculée de la face postérieure de l'aryténoïde et du repli ary-épiglottique gauche, avec conservation de la mobilité de l'hémilarynx.

- Il existe une adénopathie satellite, sous-angulo-maxillaire, homolatérale, indemne histologiquement.

- 18-VI-1964 : Pharyngectomie partielle, respectant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire gauche. Les suites sont simples. Le patient est en excellent état le 20-IV-1967, soit 2 ans et 10 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 10 (1336) - Mr. T... Albert, 53 ans, chauffeur-livreur, présente :

- Une lésion, végétante, du repli ary-épiglottique droit (carcinome épidermoïde différencié immature), altérant la mobilité de l'hémilarynx.

- Avec adénopathies, homolatérales, mobiles, envahies histologiquement.

- 7-VIII-1964 : Hémi-laryngo-pharyngectomie emportant le nerf laryngé supérieur, et évidement ganglionnaire droit. Les suites sont normales. Radiothérapie complémentaire.

- 9-VIII-1965 : Exérèse chirurgicale d'un redux dans le tissu cellulo-adipeux latéro-thyroïdien droit. Reprise de radiothérapie. Guérison clinique maintenue début 1967 (deux ans et huit mois).

OBSERVATION N° 11 (1421) - Mr. T... Alexandre, 59 ans, présente:

- Un épithélioma épidermoïde peu différencié, végétant, sur la paroi externe et l'angle antérieur du sinus piriforme gauche.

- Sans ganglion palpable (intégrité histologique confirmée).

- 30-IX-1964 : Hémi-laryngo-pharyngectomie et

évidement ganglionnaire. Suites normales. Radiothérapie commencée fin Octobre 1964 et poursuivie jusqu'à 18.000 R.

- 30-IV-1965 : Deuxième localisation cancéreuse : oesophage haut (2 cm sous la bouche) imposant une gastrostomie. Décès le 12-VI-1965 (8 mois au total).

OBSERVATION N° 12 (1523) - Mr. A.. Jean, 62 ans, ouvrier, présente :

- Un épithélioma épidermoïde du versant laryngé du sinus piriforme droit, atteignant l'angle antérieur et la paroi externe, avec importante altération de la mobilité de l'hémilarynx correspondant.

- Sans adénopathie palpable (intégrité vérifiée à l'examen histologique de la pièce opératoire).

- 12-I-1965 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire droit. Suites simples. Cobalthérapie complémentaire (Hôpital Foch : 5000 R). Ablation à la pince, en laryngoscopie directe, d'un bourrelet oedémateux réactionnel.

- 14-II-1966 : Dysphagie aux liquides. Radiographies après opacification de l'oesophage normales. L'oesophagoscopie ne permet pas le passage du tube, mais les sondes 11 à 20 passent facilement : spasme du crico-pharyngé ? Amélioration des troubles par traitement antispasmodique.

- 5-IV-1967 : L'état pharyngo-laryngé et cervical est parfait. La respiration est normale, même à l'effort. La phonation rocailleuse, mais de force normale ; dysphagie persistante, aux liquides. (Recul : 2 ans et 3 mois).

OBSERVATION N° 13 (1524) - Mr. M... Roland, 58 ans, retraité, présente :

- Une lésion très limitée (histologiquement : épidermoïde très différencié, mature) de l'angle antérieur du sinus piriforme gauche, débordant sur les

deux versants. L'endolarynx est normal.

- Est notée une adénopathie homolatérale, mobile, jugulaire moyenne, histologiquement tumorale.

- 20-I-1965 : Hémi-laryngo-pharyngectomie sacrifiant le pédicule laryngé supérieur avec évidement ganglionnaire : "En dedans, la section passe à travers le larynx, enlevant le repli ary-épiglottique et la bande, conservant la corde et la partie interne de l'aryténoïde ; l'innervation par le récurrent est conservée (L'aryténoïde est animé de mouvements symétriques des deux côtés)." Patient revu en très bon état (Dr. PINEL) en Mars 1967 (2 ans et 3 mois après l'intervention).

OBSERVATION N° 14 (1659) - Mr. B... Eugène, 61 ans, maçon, présente :

- Un carcinome peu différencié du versant laryngé du sinus piriforme gauche, sans modification de la mobilité laryngée.

- Sans adénopathie clinique ou histologique.

- 26-V-1965 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire. Suites satisfaisantes. Radiothérapie complémentaire jusqu'à 18.000 R.

- En Mars 1967, son épouse écrit : "Il mange très bien et reprend du poids". (1 an et 10 mois de recul).

OBSERVATION N° 15 (1722) - Mr. T.. Jules, 64 ans, retraité, présente :

- Une lésion du versant externe du sinus piriforme gauche (étendu, en arrière, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx), atteignant l'angle antérieur, mordant sur le repli pharyngo-épiglottique et sur la partie antérieure du repli ary-épiglottique : carcinome épidermoïde très indifférencié.

- L'adénopathie, homolatérale, est jugulo-carotidienne moyenne, fixe (4x4 cm), histologiquement

envahie.

- 28-VI-1965 : Hémi-laryngo-pharyngectomie verticale, sacrifiant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire gauche. Suites normales. Radiothérapie complémentaire. Décès brutal par encombrement bronchique massif, le 6-9-1965 (2 mois).

OBSERVATION N° 16 (1751) - Chez Mr. D... Georges, 45 ans,

- La tumeur siège sur les deux versants du sinus piriforme droit, ne dépasse pas, en dedans, l'aryténoïde ; par suite, s'étend largement sur le versant externe où, en dehors de la tumeur, la muqueuse paraît irrégulière. L'hémilarynx droit est moins mobile que l'opposé, sain. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde mature.

- L'adénopathie sous-digastrique droite est envahie à l'examen histologique.

- 10-VIII-1965 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement droit complet : "On mord sur l'hémi-cricoïde, car la lésion descend très bas ; fermeture difficile". Les suites sont cependant normales. Le patient est décédé le 26-IV-1966, à son domicile (au bout de 8 mois et demi).

OBSERVATION N° 17 (1768) - Mr. A.. André, 42 ans, mécanicien d'entretien.

- A présenté, en octobre 1964, un épithélioma de l'amygdale droite, traité par cobalthérapie (Hôpital Foch : 7.000 R sur l'amygdale droite ; 3.600 R sur la région cervicale droite). Le 8-X-1965 est enlevé, à l'électrocoagulation, un rodux amygdalien droit.

- En Décembre 1965, est découverte une petite ulcération mamelonnée, de la taille d'un noyau de cerise, située juste sous le repli pharyngo-épiglottique gauche (carcinome épidermoïde).

- Il n'y a pas d'adénopathie.

- I-II-1966 : Pharyngectomie partielle, respectant le nerf laryngé supérieur (sauf sa branche la plus antérieure) avec adénectomie gauche : suites favorables. Ce patient a été revu le 5-4-1967 : Etat parfait, tant sur le plan amygdalien que pharyngé (11 mois de recul). Le sujet a même repris son travail en octobre 1966 !

OBSERVATION N° 18 (1782) - Mr. T... Auguste, 62 ans, monteur, présente :

- Une grosse masse ganglionnaire (3x5 cm), cervicale droite, histologiquement néoplasique maligne.

- Tandis que l'épithélioma primitif est limité, bourgeonnant, situé à la partie antérieure du repli ary-épiglottique droit : tumeur carcinomateuse épidermoïde peu différenciée.

- 17-IX-1965 : Pharyngectomie partielle, conservant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire droit.

- En Mars 1967, le sujet a été réopéré à l'Hôpital de Strasbourg.

OBSERVATION N° 19 (1825) - Chez Mr. G... Jean, 67 ans, existe :

- Une lésion sur la paroi latérale du sinus piriforme droit (carcinome épidermoïde bien différencié, mature).

- Sans adénopathie (intégrité confirmée par l'histologie).

- I-XII-1965 : Pharyngectomie partielle avec évidement ganglionnaire droit : "L'ablation comporte toute la paroi latérale et une partie de l'angle antérieur du sinus piriforme. Le nerf laryngé supérieur doit donc être sacrifié".

- Les suites opératoires sont marquées par le décès, au 7e jour, par complication broncho-pulmonaire asphyxiante.

OBSERVATION N° 20 (1836) - Mr. S... Maurice, 47 ans, chauffeur-livreur d'eaux minérales.

- Un carcinome peu différencié, réalisant une forme limitée de la partie postéro-latérale moyenne du sinus piriforme gauche.

- Sans adénopathie clinique (intégrité histologique également).

- 30-XI-1965 : Pharyngectomie partielle respectant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire gauche. Suites perturbées par une dyspnée laryngée obligeant à une trachéotomie. Radiothérapie complémentaire poursuivie jusqu'à 18.000 R. Le 28-IV-1967 (17 mois après), résultat local, cervical et fonctionnel parfait. Le sujet a repris son travail le 14 Juin 1966.

OBSERVATION N° 21 - Mr. LEG... Mathias, 57 ans.

- La lésion siège sur la paroi pharyngée du sinus piriforme droit ; elle mesure 2x2 cm ; histologiquement, elle est pléomorphe (carcino-sarcome).

- Il existe une adénopathie sous-digastrique, homolatérale, envahie à l'examen histologique.

- 15-XII-1965 : Pharyngectomie partielle avec conservation du nerf laryngé supérieur, et évidement ganglionnaire droit. Les suites sont normales. Cobalthérapie complémentaire (Hôpital Foch = 6.000 R).

- Le patient, revu en Avril 1967 (15 mois de recul), est en excellente forme ; il a repris son travail en Juin 1966.

OBSERVATION N° 22 (1866) - Mr. F...Louis, 57 ans, employé de mairie, présente :

- Un épithélioma en surface (épidermoïde, modérément différencié), bourgeonnant, du fond du sinus piriforme gauche, avec prolongement vers la paroi externe.

- L'adénopathie jugulaire est importante (5x3 cm), homolatérale, mobile : histologiquement envahie (avec bourgeon tumoral intraveineux).

- Hémi-laryngo-pharyngectomie (avec section du pédicule laryngé supérieur) et évidement ganglionnaire gauche complet. La radiothérapie complémentaire (Hôpital Tenon = 18.000 R) est repoussée un mois après l'intervention, à cause d'une suppuration cervicale, cédant à l'antibiothérapie.

- 17-XII-1966 : Intégrité clinique de la muqueuse pharyngo-laryngée. Mais récidive diffuse péri-laryngée avec masse ganglionnaire cervicale gauche, très haute (sous la base du crâne).

- 27-XII-1966 : Trachéotomie et exérèse partielle (par électrochirurgie) de la masse prélaryngée. Antimitotiques poursuivis jusqu'en Avril 1967 (16 mois).

OBSERVATION N° 23 (1885) - Mr. M... Pierre, 46 ans, vendeur, présente :

- Un carcinome épidermoïde assez composite, surtout indifférencié, réalisant une lésion occupant les deux versants du sinus piriforme droit, atteignant le bord supérieur du repli ary-épiglottique, mais pas l'aryténoïde, remontant sur la paroi pharyngée (0,5 cm) vers le pôle inférieur de l'amygdale droite. L'hémilarynx droit est de mobilité diminuée.

- L'adénopathie, jugulaire haute, homolatérale, fixée, est histologiquement envahie.

- 28-I-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire droit. Suites favorables. La radiothérapie complémentaire est effectuée à Bergerac.

- Le 8-IV-1965 (14 mois après), l'état est excellent. Le sujet a repris son travail à mi-temps.

OBSERVATION N° 24 (1904) - Mr. K.. Arthur, 68 ans, électricien, présente :

- Un carcinome épidermoïde, très localisé et superficiel, du versant externe du sinus piriforme gauche,

- avec grosse masse ganglionnaire homolatérale, sus-omo-hyoïdienne, histologiquement envahie.

- 19-I-1966 : Pharyngectomie partielle, respectant le nerf laryngé supérieur, et évidement ganglionnaire gauche. Les suites sont marquées, au 40e jour, d'une inondation bronchique entraînant la mort.

OBSERVATION N° 25 (1912) - Mr. F... André, 63 ans,

- A subi, le 20-XII-1962, une lobectomie inférieure droite pour carcinome différencié mature, suivie de polychimiothérapie.

- Il présente, au début de 1966, une lésion de la partie haute du versant externe du sinus piriforme droit, touchant à peine l'angle antérieur, mais importante, infiltrante. ("Carcinome peu différencié à capacité invasive et dispersive élevée". P. RENAULT).

- Une grosse adénopathie sous-digastrique est entourée de nombreux ganglions disséminés dans toutes les aires ganglionnaires cervicales droites.

- 18-II-1966 : Pharyngectomie partielle (avec sacrifice obligé du nerf laryngé supérieur) et évidement ganglionnaire droit complet. Les suites opératoires sont favorables. Le sujet n'a pas été revu depuis le 7-IV-1966 (un mois et demi après l'opération). Une demande de nouvelles a été retournée à l'envoyeur par l'administration des P. et T., avec la mention "décédé", sans précision de date.

OBSERVATION N° 26 (2035) - Mr. G... Henri, 62 ans, professeur,

- Présente une lésion bourgeonnante (carcinome épidermoïde bien différencié) du repli ary-épiglottique gauche, atteignant l'angle du sinus piriforme et la paroi externe à sa partie haute. L'hémilarynx cor-

respondant est fixé.

- Deux volumineuses adénopathies jugulo-carotidiennes, homolatérales, l'une basse, l'autre haut située (Histologiquement : "Métastases ganglionnaires défigurées par la nécrose". P. RENAULT).

- 31-V-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie gauche, avec section du pédicule laryngé supérieur et évidement ganglionnaire gauche. Suites simples. Radiothérapie commencée 27 jours après l'intervention et poursuivie jusqu'à 18.000 R.

- Le patient est en excellent état, à tous points de vue, le 24-IV-1967 (10e mois).

OBSERVATION N° 27 (2077) - Mr. D... Marcel, 64 ans, retraité (ancien tourneur), présente :

- Une lésion bourgeonnante (carcinome épidermoïde différencié non mature) du repli ary-épiglottique gauche, atteignant le repli pharyngo-épiglottique. La mobilité de l'hémilarynx correspondant est diminuée.

- Il existe de nombreuses adénopathies homolatérales, mobiles, histologiquement envahies.

- 21-VI-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie (sacrifiant le pédicule laryngé supérieur) et évidement ganglionnaire gauche. La période post-opératoire est troublée par une fistule, fermée spontanément au bout de deux mois. La radiothérapie complémentaire est effectuée à Nevers (34 séances).

- Dysphagie aux solides et fausses routes laryngo-trachéales aux liquides, d'installation secondaire, post-radiothérapique : "A ma sortie d'hôpital, je pouvais mordre à pleines dents dans un sandwich ; à présent, si j'en faisait autant, je m'étoufferais. Je ne vois rien d'autre à vous signaler et, sans cette difficulté d'avaler la nourriture, tout irait bien". (Lettre du 24-III-1967 : 9 mois).

Le patient, revu le 4-IV-1967, présente :
- une radio-mucite encore appréciable au niveau

du pharyngo-larynx,

- tandis que le résultat cervical, ganglionnaire est parfait.

- Au point de vue fonctionnel : respiration normale ; voix faible, mais de timbre correct. Les troubles de la déglutition paraissent pouvoir être liés à un spasme du crico-pharyngien.

OBSERVATION N° 28 (2148) - Chez Mr. D... Henri, 64 ans, comptable, est constatée :

- Une lésion bourgeonnante (carcinome épidermoïde différencié mature) du repli ary-épiglottique droit, diminuant la mobilité de cet hémi-larynx, asymptomatique : découverte d'anesthésiste intubant pour une intervention extra-ORL.

- On note une adénopathie sous-angulo-maxillaire, homolatérale, mobile, histologiquement envahie.

- 25-XI-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec dissection du nerf laryngé supérieur et évidement droit. Suites simples. Radiothérapie commencée début 1967 (45 jours après). Recul : 2 mois.

OBSERVATION N° 29 (2297) - Mr. M... Fernand, 67 ans, basculeur, présente :

- Une lésion de la face laryngée du sinus piriforme droit (Epithélioma épidermoïde différencié, sans maturation kératosique), respectant l'angle antérieur, infiltrant en profondeur vers l'endolarynx et sous le repli ary-épiglottique qui sont d'aspect normal. La mobilité de l'hémilarynx droit est diminuée.

- Il existe une adénopathie mobile jugulo-carotidienne, homolatérale, métastatique à l'examen histologique.

- 10-II-1967 : Hémilaryngo-pharyngectomie droite. Suites simples. Cobalthérapie en cours. Deux mois de recul.

OBSERVATION N° 30 (2299) - Mme O... Marie, 64 ans, est l'unique femme que compte cette série d'observations.

- On constate une tumeur ulcérée du repli ary-épiglottique droit (carcinome épidermoïde différencié), atteignant le repli pharyngo-épiglottique et la paroi externe, diminuant la mobilité de l'hémi-larynx droit.

- Sans adénopathies (Intégrité confirmée par l'examen histologique post-opératoire).

- 3-II-1967 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire droit. Suites simples. Radiothérapie complémentaire, commencée un mois après, actuellement en cours. Deux mois de recul.

OBSERVATION N° 31 (2360) - Mr. V... Raymond, 57 ans.

- Existe une tumeur bourgeonnante (carcinome épidermoïde différencié mature) de la paroi externe du sinus piriforme droit, haut située.

- L'adénopathie, homolatérale, jugulo-carotidienne moyenne, est histologiquement indemne.

- 23-IX-1966 : Pharyngectomie partielle avec évidement cervical ganglionnaire droit. Suites normales. Radiothérapie (18.000 R) commencée trois semaines après l'intervention. Recul : sept mois.

OBSERVATION N° 32 (2303) - Mr. L... René, 61 ans, maçon, présente :

- Une lésion du repli ary-épiglottique gauche (carcinome épidermoïde différencié), atteignant le carrefour des trois replis et la paroi externe du sinus piriforme, diminuant la mobilité de l'hémi-larynx correspondant.

- Il n'existe pas d'adénopathies (Intégrité confirmée par l'examen histologique).

- 29-IX-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie ver-

ticale, sacrifiant le nerf laryngé supérieur, avec évidement ganglionnaire gauche. Suites normales.

- Le patient a été revu le 29-IV-1967 (7 mois) en excellent état.

OBSERVATION N° 33 (2304) - Mr. D... François, 61 ans, maçon.

- La lésion (carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant) atteint le sinus piriforme droit dans toute sa hauteur :

. paroi latérale entière,
. paroi laryngée sur toute sa hauteur,
. angle antérieur,
. du carrefour des trois replis à la bouche oesophagienne, affleurée, mais non atteinte ;
. la lésion tourne en arrière, rétro-cricoïdienne, mais n'atteint pas la ligne médiane ;
. l'endo-larynx est sain, mais fixé du côté droit.

- L'adénopathie jugulaire, homolatérale, est énorme (6x4 cm) et fixée, histologiquement tumorale.

- 14-XII-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie et curage cervical droit complet, posant un problème carotidien (Résection de l'adventice artériel au niveau de la bifurcation carotidienne). Résection partielle horizontale de l'hémicricoïde droit, obligeant à des artifices de reconstitution pharyngo-laryngée : "Pour ce, on utilise le sterno-cléido-mastoïdien hétéro-latéral, le ventre antérieur du digastrique homolatéral sectionné près du menton, le lobe thyroïdien homolatéral". Les suites sont cependant simples. Antimitotiques associés à la cobalthérapie en cours (à Tours). Le recul est de deux mois.

OBSERVATION N° 34 - Mr. F... René, 54 ans, viticulteur.

- La lésion compacte (carcinome épidermoïde peu différencié) du versant pharyngé du repli ary-épiglot-

tique, droit entraîne une diminution de mobilité de l'hémilarynx correspondant.

- La volumineuse adénopathie cervicale homolatérale, solitaire fixée, s'avérera métastatique à l'examen histologique.

- 21-XII-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire droit difficile (des adhérences avec la carotide primitive obligeant à une résection adventicielle). Les suites sont pourtant normales : la déglutition reprise au 17e jour. La radiothérapie est poursuivie jusqu'à 12.000 R. La guérison clinique était constatée le 7-IV-1967 (3 mois et demi).

OBSERVATION N° 35 - Mr. B... Adrien, 53 ans.

- Le carcinome épidermoïde différencié réalise une lésion cupuliforme de 2,5 cm de diamètre, intéressant le sinus piriforme droit :

. face laryngée,
. angle antérieur,
. face externe remontant sur le repli pharyngo-épiglottique.

L'endolarynx est normal et de mobilité symétrique.

- Il n'y a pas d'adénopathies cliniquement perceptibles (pourtant l'histologie objective un ganglion envahi).

- 30-I-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire droit. Suites favorables. Radiothérapie complémentaire (16.000 R).

- Le patient a été revu en Avril 1967 : guérison clinique intervenue depuis 14 mois.

OBSERVATION N° 36 - Mr. D... Louis, 56 ans.

- La lésion de tout le sinus piriforme droit est un carcinome épidermoïde assez bien différencié, partiellement mature.

- Les adénopathies homolatérales, multiples, sont histologiquement envahies.

- 8-I-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie supra-cricoïdienne droite avec évidement ganglionnaire. Suites favorables. Radiothérapie complémentaire : 15.600 R.

- 17-X-1966 (10 mois après) : Récidive cellulo-ganglionnaire sous-parotidienne et para-pharyngée : ablation ; ablation associée d'un ganglion isolé jugulo-carotidien gauche moyen. (Histologiquement, les deux pièces sont tumorales et de même structure que la tumeur primitive). Antimitotiques.

- 28-II-1967 : Exérèse d'un nouveau redux ganglionnaire sus-claviculaire gauche.

- 21-IV-1967 : Redux diffus (cellulite néoplasique) cervical antérieur entraînant dyspnée. La trachéotomie va s'imposer dans un avenir très proche. L'exitus est probable dans le courant de la 2e année. Survie : 14 mois.

OBSERVATION N° 37 - Mr. P... Henri, 49 ans, peintre en bâtiment.

- On note une très petite lésion de l'angle antérieur du sinus piriforme gauche (Epithélioma pavimenteux, spino-cellulaire). L'endolarynx est d'aspect et de mobilité normaux.

- L'adénopathie jugulo-carotidienne, homolatérale, sous-digastrique (ganglion de Kuttner) est cliniquement typiquement néoplasique : l'envahissement n'a pas été confirmé histologiquement.

- 24-X-1966 : Hémi-laryngo-pharyngectomie avec évidement ganglionnaire gauche. Les suites opératoires sont excellentes. Cobalthérapie commencée le 20e jour après l'intervention, poursuivie jusqu'à 6.000 R.

- C'est alors que sont apparus des troubles de la déglutition avec fausses routes. A l'hypopharyngoscopie directe : "Pas de récidive, mais un oedème important du carrefour digestif". Les examens radio-

logiques (pharynx et oesophage) ne permettent pas de conclure. L'oesophagoscope ne peut franchir la bouche oesophagienne, où passent cependant les sondes (12 à 24). Un spasme du crico-pharyngé paraît l'hypothèse vraisemblable.

OBSERVATION N° 38 - Mr. P..., cafetier, âgé de 59 ans :

- La lésion siège sur le versant externe du repli ary-épiglottique droit, n'atteignant pas l'angle antérieur, mais intéressant l'aryténoïde. L'endolarynx est d'aspect normal, mais la mobilité de l'hémilarynx droit est nulle.

- On note une adénopathie sous-digastrique, homolatérale, de 3 cm de diamètre, histologiquement envahie (Epithélioma épidermoïde différencié mature). Deux autres ganglions, histologiquement indemnes, sont palpables dans la chaîne carotidienne droite.

- 4-II-1965 : Evidement cervical droit et hémilaryngo- pharyngectomie, emportant le tiers externe droit de l'épiglotte et l'aryténoïde en entier. Suites très favorables (17 jours d'hospitalisation au total). Radiothérapie complémentaire (40 séances). Le patient a été revu en Avril 1966 : état parfait. La voix est d'excellente qualité. En Avril 1967 (2 ans et 2 mois de recul), des nouvelles indirectes ont été obtenues : guérison clinique maintenue.

ANALYSE DES DONNEES ETIOLOGIQUES

I- LE TERRAIN.

A- Les renseignements donnés par nos observations sont consignés dans le tableau I.

B- Soulignons simplement :

= Le sexe : une seule femme parmi 38 cas, soit 2,6 %.

= L'âge :

- moyen de nos observations est de 57,7 ans.
- trois sujets (3/38) seulement avaient 45 ans, soit 7,9 %.
- 17 sujets (17/38) ont plus de 60 ans, soit 45 %.

TABLEAU I

ETIOLOGIE

38 CAS	LESION		SEXE		AGE		
	Droite	Gauche	M	F	≤45 ans	45-60	>60ans
Pharyngectomie partielle	9	7	16	-	2	7	7
Hémi- laryngo-pharyngectomie	13	9	21	1	1	11	10
TOTAL	22	16	37	1	3	18	17

II- LA LESION.

- Siège plus souvent à droite (22/38) = 58 %.

- La ventilation de la topographie lésionnelle n'est pas simple (Cf. Tableau III).

En effet, les atteintes isolées d'une partie du sinus piriforme apparaissent moins fréquentes que les lésions complexes :

- Paroi externe du S.P. seule atteinte : 9/38 , soit 24 %.
- Paroi interne du S.P. (avec repli ary-épiglottique): 8/38 , soit 21 %.
- Atteintes complexes : 21/38 , soit 55 %.

TABLEAU II

ADENOPATHIES : DONNEES CLINIQUES ET HISTOLOGIQUES

38 CAS	PRESENCE D'ADENOPATHIE Mobile	Fixée	ABSENCE D'ADENOPATHIE	TOTAL
Intégrité histologique	3	0	10	13
Envahissement histologique	12	11	2	25
Total	15	11	12	38
Cancer différencié	13	6	8	27
Cancer peu différencié	2 (1)	5	4	11

(1) - Dont un cancer pléomorphe = carcino-sarcome (P. RENAULT).

- Le type histologique réalisé par les cancers du sinus piriforme est, toujours, un carcinome épidermoïde plus ou moins différencié (Cf. Tableau II).

La différenciation poussée (parakératosique) apparaît, nettement, comme la plus fréquente : 27/38,

soit 71 % des observations.

III- L'EXTENSION GANGLIONNAIRE.

- L'adénopathie est présente dans 26/38, soit 68 % des cas.

- L'adénopathie est fixée dans 11/38, soit 29 % des cas.

- Une adénopathie fixée apparaît toujours histologiquement envahie.

- L'absence d'adénopathie clinique plaide fortement pour l'intégrité histologique : 10/12, soit 83 % des cas. On doit souligner, cependant, que les ganglions déclarés indemnes ne sont, jamais, histologiquement normaux : tous présentent une réaction du stroma.

= III =

LES RÉSULTATS

A - CE QUI A ÉTÉ FAIT.

B - CE QUI A ÉTÉ OBTENU.

C - SITUATION DE LA MÉTHODE DANS LE TRAITEMENT ACTUEL DES CANCERS DU SINUS PIRIFORME.

A / - CE QUI A ETE FAIT.

LA PHASE PRE-OPERATOIRE
(Du début de l'hospitalisation à l'intervention)

= Sa durée moyenne (Cf. Tableau V) est de :

4,8 jours en cas de pharyngectomie partielle,
4,2 jours pour une hémi-laryngo-pharyngectomie.

= Les durées extrêmes ont été :

- pour la pharyngectomie partielle : 1 et 8 jours,
- pour l'hémi-laryngo-pharyngectomie : 2 et 8 jours.

= Les antimitotiques n'ont pas été administrés dans 17/38, soit 45 % des cas (Cf. Tableau IV).

= L'exploration fonctionnelle respiratoire :

- a été réalisée 14 fois sur 38, soit 37 % des cas ;
- elle a décelé des anomalies importantes dans 2 cas sur 14, ... soit 14 % des cas.

LES INTERVENTIONS REALISEES

= sont l'objet du Tableau III. (Cf. p. 99)

= Ainsi ont été faites :

- 16/38 pharyngectomies partielles, soit 42 %
- 22/38 hémi-laryngo-pharyngectomies, soit 58 %.

= Parmi les pharyngectomies partielles :

- 9/16 ont été réalisées pour lésion isolée de la paroi externe ;
- 4/16 ont été faites pour une lésion concernant également l'angle antérieur.
- Nous retrouverons ces deux groupes au chapitre de

TABLEAU III

TOPOGRAPHIE LESIONNELLE ET INTERVENTIONS

38 cas	Paroi externe	Paroi ext. + angle antérieur	Angle ant. + 2 parois	Paroi interne	Repli ary-épiglot.	Repli-ary-épiglot. + angle antérieur + paroi externe	Paroi interne + repli ary-épiglot. + angle antérieur + paroi externe	TOTAL
Pharyngectomie partielle	9	4	1	-	2	-	-	16
Hémi-laryngo-pharyngectomie	-	1	4	2	4	5	6 (1)	22
TOTAL	9	5	5	2	6	5	6	38

(1)- Dont : - une intervention élargie à la paroi latérale de l'hypopharynx,
- une intervention élargie à partie de l'hémi-cricoïde,
- une intervention élargie à partie de l'hémi-cricoïde et au carrefour des trois replis.

Ce qui a été obtenu .

= Les lésions du repli ary-épiglottique paraissent à la limite des indications des deux techniques.

- Deux ont justifié une pharyngectomie partielle.
- Quatre ont motivé une hémi- laryngo-pharyngectomie qui paraît préférable.

TABLEAU IV

MODALITES THERAPEUTIQUES

38 CAS	ANTIMITOTIQUES			RADIATIONS POST-OPERATOIRES			TOTAL
	Pré-opé.	Post-opér.	Pas d'anti-mitotiques	Téléradio-thérapie	Télécobalt-thérapie	Pas de radia-tions	
Pharyn-gectomie partielle	7	2	7	10	1	5	16
Hémi-laryngo-pharyn-gectom.	10	2	10	16	5	1	22
TOTAL	17	4	17	2[illegible]	6	6	38

= Chaque fois que la lésion concernait l'angle antérieur (isolé ou associé), ont été réalisées :

- une hémi-laryngo-pharyngectomie 16/22
- une pharyngectomie partielle 5/16

- On verra, au chapitre de ce qui a été obtenu, une différence significative à ce sujet.

LA PHASE POST-OPERATOIRE

= Sera ainsi définie : Du lendemain de l'inter-

vention au jour de sortie de l'hôpital ou de début de la radiothérapie. (1)

= La phase post-opératoire fait l'objet du Tableau V.

T A B L E A U V

MOYENNES

En jours	Durée phase pré-opérat.	Durée phase post-opérat.	Ablation drainage aspiratif	Ablation canule	Ablation sonde
Pharyng. partielle	4,8	19,4	2,4	9,9	10,2
Hémi-laryngo-pharyng.	4,2	25,4	2,7	12,-	18,-

= Remarquons que :

- La durée moyenne de la phase post-opératoire a été de :

. 19,4 jours pour les pharyngectomies partielles,

. 25,4 jours pour les hémi-laryngo-pharyngectomies.

- Ce qui signifie que le traitement complémentaire par les agents physiques est intervenu environ :

. trois semaines après pharyngectomie partielle,

. un mois après hémi-laryngo-pharyngectomie.

---

(1)- Si l'hospitalisation s'est prolongée pour des raisons (sociales notamment) étrangères à la santé.

= Mentionnons les durées extrêmes de la période post-opératoire :

- Pharyngectomie partielle : 7 - 40 jours (1)
- Hémi-laryngo-pharyngectomie : 16 - 63 jours (2)

= Rappelons les temps extrêmes :

- d'ablation de la canule de trachéotomie :

• Pharyngectomie partielle . ..... 6 - 14 jours
• Hémi-laryngo-pharyngectomie ..... 5 - 22 jours

- d'ablation de sonde alimentaire :

• Pharyngectomie partielle ..... 7 - 27 jours
• Hémi-laryngo-pharyngectomie ..... 10 - 51 jours

= Soulignons les incidents qui ont pu survenir.

- Au décours de 16 pharyngectomies partielles :

  • Deux décès : l'un au 7e jour,
    l'autre au 40e.

  • Un cas d'arrachement de sonde alimentaire par l'opéré, le 1er jour : sonde remise le 6e jour et enlevée le 10e.

  • Un cas où la sonde, enlevée le 10e jour, a dû être remise le 16e ; l'ablation définitive intervenant le 27e jour.

- Au décours de 22 hémi-laryngo-pharyngectomies :

  • Une fistule n'ayant permis l'ablation de la sonde qu'au 51e jour.

  • Deux échecs temporaires à la décanulation :

    - l'un, au 15e jour, jusqu'au 22e,
    - l'autre, au 12e jour, jusqu'au 21e.

- Au total donc, les incidents apparaissent assez rares : 7/38, soit 18 %.

---

(1)- Décès. (2)- Fistule.

B / - C E Q U I A É T É O B T E N U.

Les résultats sont consignés dans le Tableau VI.
Successivement : - Survies
- Récidives
- Décès.

LES SURVIES (28/38) REPRESENTENT,
Chiffre brut = 74 % des cas.

A/- GLOBALEMENT :

= Indiquons d'emblée que le recul n'est pas suffisant pour porter un jugement définitif sur les techniques proposées :

- La première pharyngectomie partielle fut réalisée le 21-II-1961, soit voici 6 ans : l'opéré est toujours en vie.

- La première hémi-laryngo-pharyngectomie fut réalisée le 25-II-1964, soit il y a 3 ans : l'opéré est toujours vivant.

= C'est pourquoi il a été adjoint au tableau des résultats un tableau précisant la répartition chronologique des interventions : Tableau VII.

= Ainsi ressort-il que :

- Depuis 2 ans seulement (ou moins) ont été opérés 24/38, soit 63 % des patients.
- Depuis au moins 2 ans, sont opérés 14/38, soit 37 % de nos patients.
- Sont vivants :8/14, soit 75 %.

Dont pharyngectomies partielles :
3/8, soit 37 %

Dont hémi-laryngo-pharyngectomies :
5/8, soit 63 %.

TABLEAU VI

LES RESULTATS

38 CAS	SURVIE						RECIDIVES			DECES
	< 6 mois	6 mois à 1 an	> 1 an	> 2 ans	> 3 ans	> 5 ans	Laryngée	Pharyngée	Ganglionnaire	
Pharyngectomie partielle	1 (2)	1	4	1	1	1	-	2	1	7
Hémi-laryngo-pharyngectomie	5	4	5 (1)	4	1	-	-	1	3	3
TOTAL	6	5	9	5	2	1	-	3	4	10

(1)- Dont 1 décès attendu courant 2e année.

(2)- Patient perdu de vue le 5e mois (outre-mer).

TABLEAU VII

RÉPARTITION CHRONOLOGIQUE DES INTERVENTIONS

Interventions faites depuis	< 6 mois	6 mois à 1 an	> 1 an	> 2 ans	> 3 ans	> 5 ans
TOTAL	5	5	14	7	6	1
Pharyngectomie partielle	-	1	8	2	5	1
Hémi-laryngo-pharyngectomie	5	4	6	5	1	-

TABLEAU .II

RÉPARTITION CHRONOLOGIQUE DES INTERVENTIONS

TOTAL	5	5	14	7	6	1
Pharyngectomie partielle	-	1	8	2	5	1
Hémi-laryngo-pharyngectomie	5	4	6	5	1	-
Interventions faites depuis	< 6 mois	6 mois à 1 an	> 1 an	> 2 ans	> 3 ans	> 5 ans

- Avec un recul de 3 ans au moins :

  . Notre groupe est de 7 opérés, dont 3 sont vivants.
  . Le succès à 3 ans ressort donc à 43 %.

- Avec un recul de 5 ans au moins :

  . un seul opéré : il est en excellente santé.

= En pratique, il faut retenir que les chances de survie sont plus grandes avec l'hémi-laryngo-pharyngectomie qu'avec la pharyngectomie partielle.

B/- Les résultats, SUR LE PLAN FONCTIONNEL, sont très encourageants.

= Après pharyngectomie partielle, sont absolument normales les fonctions de :

- respiration,
- phonation,
- déglutition.

= Après hémi-laryngo-pharyngectomie verticale, on doit distinguer :

1- La respiration est toujours satisfaisante, même à l'effort.

2- La phonation est toujours modifiée.

- La voix est rauque, rugueuse, mais parfois étonnamment proche d'une voix normale.
- La force de l'émission vocale est pratiquement conservée.
- Dans l'ensemble, la "nouvelle voix" est toujours très bien acceptée par le malade et autorise la conservation des activités sociales. Certains des opérés ont même repris le travail à temps complet.

3- La déglutition.

- Redevient rapidement normale dans la majorité des cas (72 %).
- Des troubles de la déglutition peuvent cependant s'observer. Etudiés dans le Tableau VIII.

T A B L E A U VIII

LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION APRES HEMI-LARYNGO-PHARYNGECTOMIES

100 %	77 %	9 %	13,6 %			
Hémi-laryngo-pharyngectomies	17	2	3 (I)	1	8	13
22 cas	Absents	Mineurs (A)	Majeurs (A)	Respect	Sacrifice	Non précis.
	Troubles de la déglutition			Attitude avec nerf laryngé supér.		

(A)- Troubles mineurs = N'intéressent, de façon permanente, que la déglutition des solides ou des liquides.

Troubles majeurs = Concernent un trouble permanent de la déglutition des solides et des liquides.

(I)- 2e localisation cancéreuse : oesophage.

= Ainsi, des troubles s'observent dans 23% des cas. Ils sont très gênants dans 13,6 % des cas et l'on doit, dans cette éventualité, toujours rechercher une deuxième localisation cancéreuse oesophagienne. Elle est présente dans deux de nos cas sur trois.

= Ces troubles de la déglutition réalisent:

- une dysphagie, sans odynophagie, aux solides ;
- des fausses routes, avec parfois reflux nasal, lors de l'ingestion de liquides ;
- majeurs, ils vont jusqu'à l'aphagie.

= Ils sont toujours d'apparition secondaire, intervenant le plus souvent vers la fin de la radiothérapie.

= Leur pathogénie paraît complexe :

- Outre une éventuelle 2e localisation néoplasique oesophagienne,
- il peut s'agir d'un spasme du crico-pharyngien (OGURA),
- peut-être aussi d'une asynergie fonctionnelle, liée à la suppression du sinus piriforme qui assurait préférentiellement la déglutition. On sait que, normalement, la déglutition utilise électivement l'une des deux gouttières pharyngo-laryngées. Un examen radiocinématographique de la déglutition d'un produit opacifié pourrait peut-être, en précisant le sinus "fonctionnel", faire prévoir l'éventualité de difficultés à la reprise d'une opération le sacrifiant. Cette hypothèse de travail mériterait peut-être d'être étudiée.

= Leur traitement préventif est facile à faire, dans l'hypothèse d'un spasme du crico-pharyngien : myotomie extramuqueuse que nous pensons devoir pratiquer systématiquement.

LES RECIDIVES
ont frappé 5 patients, soit 13 %.

= Il n'a jamais été constaté de récidives au niveau du larynx ou de l'hémi-larynx sauvegardés.

= Après pharyngectomie partielle, 2 récidives:

- L'une pharyngée, dans la 3e année.

- L'autre pharyngée également, à la fin de la 1ère année.

= Après hémi-laryngo-pharyngectomie : 3 récidives :

- La première, diffuse, péri-laryngée et ganglionnaire, survint à la fin de la 1ère année suivant l'intervention.

- La deuxième, ganglionnaire, 10 mois après.

- Dans le 3e cas (Obs. N° 36), se sont succédé :

. au bout de 10 mois : une récidive cellulo-ganglionnaire sous-parotidienne et para-pharyngée homolatérale avec adénopathie contro-latérale metastatique : Ablation chirurgicale.

. au 14e mois : nouveau redux ganglionnaire gauche.

. au 16e mois : redux diffus (cellulite néoplasique) cervical antérieur.

LES DECES
représentent 10 cas sur 38, soit 26 %,

A/- Comme le précise le Tableau IX, l'hypothèque pèse inégalement selon le type d'intervention pratiquée.

- Après pharyngectomie partielle :
7 décès sur 16, soit 44 %.

- Après hémi-laryngo-pharyngectomie :
3 décès sur 22, soit 14 %.

TABLEAU IX

LETHALITE : DATE DE SURVENUE, CAUSE, MORBIDITE.

10 CAS	DATE DE SURVENUE					CAUSE		MORBIDITE		TOTAL & POURCENT.
	Post-opératoire	< 1 an	≥ 1 an	> 2 ans	Non précisée	Non précis.	Connue	Métas-tase	Redux	
Pharyngectomie partielle	1	2	2	1	1	5	2	1	1	7/16 soit 44 %
Hémi-laryngo-pharyngectomie	-	3	-	-	-	1	2	1		3/22 soit 14 %
TOTAL	1	5	2	1	1	6	4	2	1	10/38 soit 26 %

B/- La date de survenue est importante à considérer :

- 6 morts sur les 10 interviennent dans la première année, soit 60 %.

C/- L'âge, par contre, est un facteur de moindre intérêt.

- Tous les âges peuvent être frappés.
- Dans l'ensemble, cependant, la moyenne d'âge des décédés (58,7 ans) est supérieure à celle des opérés (57,7 ans).

D/- Les caractères de la lésion initiale sont riches d'enseignement. (Tableau X).

= L'importance de la lésion initiale ne paraît pas avoir de relation avec la mortalité.

= La topographie de la lésion paraît, au contraire, retentir sur la mortalité.

- Parmi les pharyngectomies partielles :
  - Pour lésion de la face externe du sinus piriforme : 4/9 décès, soit 45 %.
  - Pour une lésion intéressant la face externe et l'angle antérieur : 3/4 décès, soit 75 %.
  - Ainsi, il semble net que l'atteinte de l'angle antérieur soit fatale pour la pharyngectomie partielle.

- Parmi les hémi-laryngectomies :
  - Une lésion de la face externe et de l'angle antérieur du sinus piriforme : un décès. Mais par cachexie liée à une 2e localisation oesophagienne (Obs. N° 11).
  - Deux décès pour des lésions importantes de tout le sinus piriforme (sur 6 opérés).

TABLEAU X

LES DECES ET LES CARACTERES DE LA LESION INITIALE : SIEGE - IMPORTANCE.

10 CAS	TOPOGRAPHIE LESIONNELLE			IMPORTANCE LESIONNELLE			
	Paroi externe S.P.	Paroi externe + Angle antérieur	Paroi externe Angle antérieur Repli ary-épiglottique Paroi interne S.P.	Adénopathie		Lésion primitive	
				Fixée	Mobile	Stade II	Stade II
Pharyngectomie partielle	4	3	-	3	4	7	
Hémi-laryngo-pharyngectomie	-	1	2	1	2	1	2

E/- La morbidité cancéreuse joue, dans nos chiffres, un rôle assez effacé.

- Un patient était, à son décès, porteur de métastase (pulmonaire : obs. n° 5).
- Un patient est décédé de cause non précisée, alors qu'on le savait porteur d'un redux pharyngé et ganglionnaire.
- Un patient est mort par cachexie liée à une deuxième localisation : oesophagienne (obs. n° 11, déjà citée).

F/- Ce qui, pour terminer, nous incite à analyser les causes de décès.

- Connue dans 4 cas sur 10 :
  - Outre la cachexie par cancer de l'oesophage déjà cité,
  - L'encombrement bronchique massif a causé trois fois la mort, mais seulement une fois après hémi-laryngo-pharyngectomie où auraient pu être accusés des défauts de déglutition.
- Dans les 6 autres cas, la cause du décès n'a pas été précisée.

C / - SITUATION DE LA METHODE PROPOSEE DANS LE TRAITEMENT ACTUEL DES CANCERS DU SINUS PIRIFORME.

La chirurgie partielle verticale d'ANDRE,PINEL, LACCOURREYE sera confrontée avec :

- la chirurgie partielle réalisée par d'autres auteurs,
- le traitement chirurgical classique,
- le traitement par agents physiques isolés.

I/- RESULTATS DE LA CHIRURGIE PARTIELLE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DU SINUS PIRIFORME.

Les résultats sont consignés dans le Tableau XI.

Dans l'ensemble, les Auteurs se rangent en deux groupes :

1- Le premier groupe est opposé à la chirurgie partielle pour les cancers du sinus piriforme,

- soit par position de principe ;
- soit par déception après tentatives de chirurgie partielle ;
- Ainsi, DARGENT, LEROUX-ROBERT, PIQUET, PLANTADE, notamment, expriment leur réserve vis-à-vis de la chirurgie conservatrice.

2- Le deuxième groupe d'auteurs pratique la chirurgie partielle, quand elle paraît indiquée,pour les cancers du sinus piriforme.

- A la suite d'ALONSO, se rangent, en particulier :

. En Argentine : SUAREZ ;

TABLEAU XI

RESULTATS DE LA CHIRURGIE PARTIELLE

AUTEURS	DATE DE PUBLICATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE DE GUERISONS à 3 ANS	POURCENTAGE DE GUERISONS à 5 ANS
AGAZZI	1961, Rapport Congrès ORL	0/7	0	0
ALONSO	1950	?	-	15-20 %
ANDRE	1967	3/7	43 %	-
KITAMURA	1961	2/5	-	40 %
LEROUX-ROBERT	1965	2/6	-	30 %
OGURA	1961	3/13	23 %	-
OGURA	1965	11/20 et 3/7	55 %	43 %
OWEN	In Thèse PLANTADE	2/14	-	14 %
PIQUET	1966	2/12	-	17 % (1)
PLANTADE	1966	1/3	-	30 %
SKOLNIK	1964	3/13	23 %	-
SUARES	1962	14/59	-	23 %
TAILLENS	1961	1/6	-	17 %
GUERRIER	1965	7	-	-

(1)- Guérisons "éloignées", sans précision du nombre d'années.

• Aux U.S.A. : SKOLNIK et surtout OGURA ;
• En France : GUERRIER et ANDRE, PINEL, LACCOURREYE.

- Il n'est pas inutile de souligner que certains chirurgiens O.R.L., initialement partisans d'une chirurgie radicale dans tous les cas de cancer du sinus piriforme, en sont venus à faire sa place à la chirurgie partielle : ainsi en est-il d'OGURA qui paraît être, à notre connaissance, le chef de file de la chirurgie conservatrice pharyngo-laryngée aux U.S.A..

La chirurgie partielle verticale, en matière de cancers du sinus piriforme, est une chirurgie jeune :

- Ses débuts remontent pratiquement à 1938, avec ALONSO.

- En fait, comme le montre le Tableau XI, les publications de résultats interviennent, presque toutes, après 1961.

- La méthode ne saurait donc, actuellement, être jugée définitivement.

Comparaison de la chirurgie partielle verticale d'ANDRE, PINEL, LACCOURREYE, avec les autres techniques proposées.

= Notre recul à 5 ans étant, numériquement, trop limité,

= Il sera fait état, seulement, des guérisons à 3 ans et plus.

- SKOLNIK (3/13) cite 23 % de guérisons à 3 ans.

- OGURA (3/13) cite, également, 23 %, en 1961, mais (11/20) 55 % en 1965.

- ANDRE, PINEL, LACCOURREYE (3/7), avec 43 % de guérisons à 3 ans, occupent une position intermédiaire et encourageante.

- Il est intéressant de souligner l'amélioration des résultats d'OGURA entre 1961 et 1965. Elle traduit bien ce que nous pensons : A mesure que la technique s'affine et que les indications se précisent, la méthode progresse.

En conclusion :

- L'avenir permettra de juger définitivement une méthode qui donne 43 % de survies à trois ans et plus.

- Dans l'avenir, l'actif de la méthode devrait, encore plus nettement, l'emporter sur son passif.

II/- COMPARAISON DE LA METHODE AVEC LE TRAITEMENT CHIRURGICAL CLASSIQUE.

Le traitement chirurgical classique :

- L'attitude la plus répandue est la suivante : Laryngectomie totale avec pharyngectomie plus ou moins importante, associée à un évidement ganglionnaire homolatéral complet.

- Certains (DARGENT, RAVEN, PIETRANTONI) préfèrent, même, une pharyngectomie circulaire complète.

La chirurgie partielle n'entre pas en compétition avec l'attitude chirurgicale classique : Il s'agit d'une différence d'indications. On ne peut proposer une intervention partielle que si l'on peut conserver le larynx ou un hémi-larynx sains.

Les résultats du traitement chirurgical total sont réunis dans le Tableau XII.

T A B L E A U XII

RESULTATS DE LA CHIRURGIE TOTALE

AUTEURS	DATE DE PUBLICATION	NOMBRE DE CAS	GUERISONS à 3 ANS	GUERISONS à 5 ANS
ANDRE	1962	60	30 %	17 %
BOCCA in LEICHER	1953	-	-	25 %
BROWN	1960	13	-	38 %
LEROUX-ROBERT	1965	133	-	27 %
MAC GAVRAN	1963	52	42 %	30 %
ORMEROD	1961	-	-	20 - 25 %
OWEN in	PLANTADE	22	-	18 %
PIETRANTONI	1958	27	-	11 %
PLANTADE	1966	30	35 %	-

On peut comparer les guérisons à 3 ans :

- De la chirurgie partielle, technique proposée : 43 %,

- A ceux mentionnés dans le Tableau XI : 36 % en moyenne.

- Les deux résultats nous paraissent comparables : le pourcentage supérieur obtenu par la chirurgie comservatrice pouvant être considéré comme le reflet d'une sélection de cas : tumeurs plus limitées.

En conclusion :

La chirurgie partielle verticale donne, schématiquement, les mêmes résultats que la chirurgie totale, et conserve les fonctions.

III/- COMPARAISON DE LA METHODE AVEC LE TRAITEMENT PAR AGENTS PHYSIQUES.

La téléradiothérapie conventionnelle (sous 200 KV), utilisée seule,

= Donne, selon la majorité des auteurs, de mauvais résultats à 5 ans :

. de 7 % de guérisons, dans les formes hautes, bourgeonnantes,
. à 0 % dans les formes basses.

= Ainsi, elle ne soutient pas la comparaison avec la méthode proposée.

= D'ailleurs, la radiothérapie est remplacée, en l'occurrence, de plus en plus par la cobalthérapie.

La télécobalthérapie, utilisée seule,

= Est prônée, par certains, comme traitement systématique pour les cancers du sinus piriforme.

= D'autres lui réservent les lésions limitées :

- du repli ary-épiglottique,
- et les lésions hautes de la paroi externe du sinus.

= Quoi qu'il en soit, la télécobalthérapie, faite à doses curatrices, donne des résultats variables selon les auteurs : de 0 à 30 % de guérisons à 3 ans (46 % pour ENNUYER et BATAINI).

= L'avantage de constituer un traitement conservateur est contrebalancé par trois inconvénients:

1- La télécobalthérapie, à doses curatrices, représente un atout thérapeutique exclusif ; c'est une carte qui ne peut être jouée que seule : la chirurgie après doses totales de Co_{60} est dangereuse (Pharyngostomies habituels ; risque indéniable d'accidents vasculaires pouvant être mortels).

2- La télécobalthérapie isolée ne paraît pas toujours capable de stériliser efficacement et la lésion primitive et les adénopathies. L'exact ajustement de l'une pouvant constituer un surdosage excessif du traitement correct de l'autre.

3- L'infidélité fréquente de l'examen clinique pour l'exacte appréciation qualitative (ulcération méconnue) et quantitative de la lésion plaide pour la chirurgie (au bilan per-opératoire rigoureux).

En conclusion, la chirurgie partielle verticale :

- Comme la cobalthérapie, à dose curatrice, s'adresse à des cancers limités.

- Comme la cobalthérapie, elle est conservatrice.

- Elle donne, aussi, des résultats qui soutiennent la comparaison avec cette dernière.

- Mais comporte, nous semble-t-il, une sécurité plus grande.

IV/- AU TOTAL, LA METHODE PROPOSEE :

- Est conservatrice, comme la cobalthérapie, des fonctions pharyngo-laryngées.

- Elle donne des résultats comparables à ceux de la chirurgie radicale.

- Elle nous paraît donc mériter sa place dans le traitement des cancers du sinus piriforme.

= V =

LES INDICATIONS

ET LES CONTRE-INDICATIONS

LES INDICATIONS

Sont justiciables de la chirurgie partielle verticale, les tumeurs LIMITEES du sinus piriforme :

1- Les tumeurs de la paroi externe du sinus piriforme restant à un centimètre, au moins, de l'angle antérieur, relèvent de la pharyngectomie partielle.

2- Les tumeurs de la paroi interne et de l'angle antérieur, envahissant ou non la paroi externe du sinus piriforme, relèvent de l'hémi-laryngo-pharyngectomie verticale.

3- Autrement dit, parlant d'indications, la limite entre pharyngectomie partielle et hémi-laryngo-pharyngectomie verticale ne passe pas par l'angle antérieur du sinus piriforme, mais sur la paroi externe, un centimètre en dehors de lui.

Il faut remarquer :

= Certains caractères de la lésion.

- Dans tous les cas, le cartilage thyroïde doit être indemne.

- L'atteinte de l'angle antérieur doit faire pratiquer une hémi-laryngo-pharyngectomie.

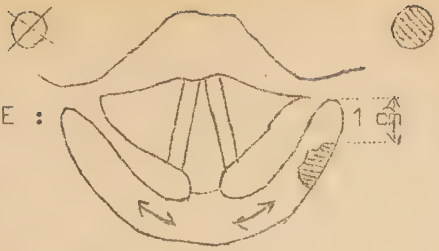
- L'unilatéralité des lésions est la condition sine qua non d'une hémi-laryngo- pharyngectomie; l'absence de franchissement de la ligne médiane est essentielle à constater.

- La fixation de l'aryténoïde ou de la corde vocale n'est pas une contre-indication absolue à la chirurgie conservatrice (contrairement à OGURA).

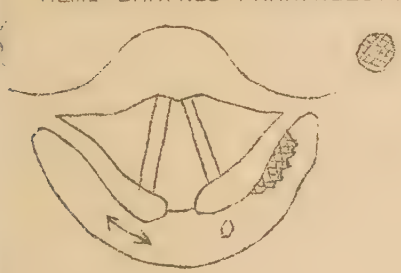
- La limite inférieure de l'extension tumo-

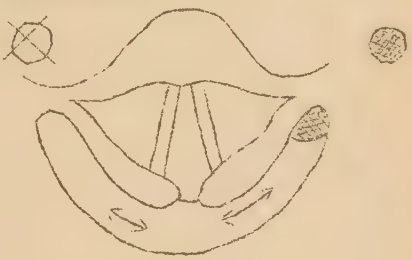
LES INDICATIONS

PHARYNGECTOMIE PARTIELLE :

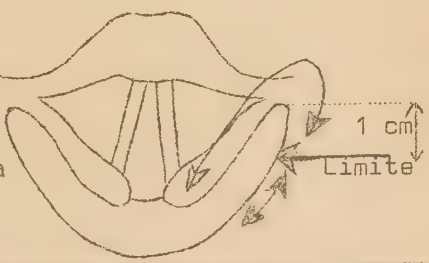


HEMI-LARYNGO-PHARYNGECTOMIE VERTICALE :

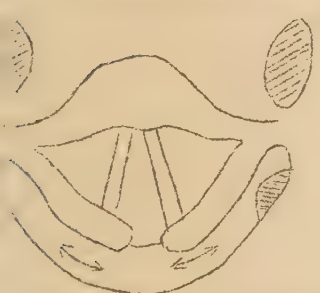




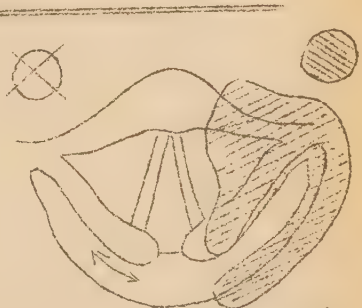
La limite entre les deux types d'intervention passe 1 cm en arrière de l'angle antérieur, sur la paroi externe .



LES CONTRE-INDICATIONS

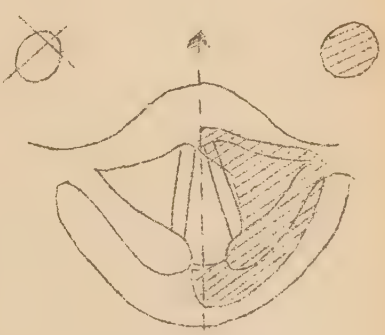


- Adénopathies bilatérales.



2- Sinus piriforme débordé.

3- Atteinte cartilagineuse thyroïdienne ou cricoïdienne



4- Extension contro-latérale

rale doit rester au-dessus du niveau du cartilage cricoïde.

= La présence d'adénopathies, homolatérales, même fixées, ne doit pas faire écarter la chirurgie partielle. La présence d'adénopathies doit inciter au recours chirurgical.

= Le terrain ne joue pas de rôle positif dans l'indication opératoire : opposé en cela à SKOLNIK, nous ne pensons pas que le terrain débilité soit une indication préférentielle à la chirurgie partielle : les suites opératoires après chirurgie partielle sont, habituellement, plus longues qu'après chirurgie radicale.

LES CONTRE-INDICATIONS

sont :

A la pharyngectomie partielle : l'atteinte de l'angle antérieur (ou son approche à moins d'un centimètre).

A l'hémi-laryngo-pharyngectomie :

1- L'extension à la paroi latérale du cricoïde.

2- L'extension controlatérale à laquelle mènent:

- l'atteinte de la région rétro-cricoïdienne,
- l'atteinte de la bande ventriculaire, surtout en avant,
- l'atteinte de la partie basse de la face laryngée de l'épiglotte,
- et, a fortiori, toute extension endolaryngée plus importante.

Dans les deux cas, sont des contre-indications formelles :

1- L'atteinte du cartilage thyroïde.

2- La présence d'adénopathies bilatérales.

Ainsi, les indications de la chirurgie partielle verticale apparaissent rares, comparées à celles de la chirurgie radicale.

Le dépistage systématique des lésions du sinus piriforme pourra, peut-être, rendre ces indications plus fréquentes.

C O N C L U S I O N S

= La chirurgie partielle verticale conserve le larynx ou l'hémi-larynx sains, dans les cancers du sinus piriforme.

= La chirurgie partielle verticale d'ANDRE, PINEL et LACCOURREYE réalise :

- soit une pharyngectomie partielle ;

- soit, plus souvent, une hémi-laryngo-pharyngectomie verticale : associant à la précédente une exérèse plus ou moins importante de l'hémi-larynx correspondant.

- Dans les deux cas :

. La reconstitution est immédiate, du pharyngo-larynx.

. On adjoint un évidement cellulo-ganglionnaire cervical, homolatéral, complet,

- suivi de téléradiothérapie ou, mieux, de télécobaltothérapie.

= 38 cas de cancers du sinus piriforme ont été, ainsi, traités, entre 1961 et 1967, dans le Service O.R.L. de l'Hôpital Laënnec.

= La chirurgie partielle verticale dans le trai-

tement des cancers du sinus piriforme se justifie sur un triple plan :

1- Sur le plan carcinologique : chirurgie partielle, elle n'en est pas moins suffisante :

- Réalisant une exérèse en tissus sains, passant au large des lésions néoplasiques, et ce sous contrôle visuel constant.

- Soulignons qu'il est toujours possible d'effectuer une exérèse totale, mutilante, si le bilan per-opératoire le commande.

- L'ablation emporte la lésion primitive avec la masse de curage ganglionnaire complet, attenante, "en monobloc".

2- Sur le plan évolutif, la chirurgie partielle verticale prouve sa valeur par l'absence de récidives au niveau du larynx, ou de l'hémi-larynx sauvegardés.

3- Sur le plan fonctionnel, cette chirurgie est conservatrice des grandes fonctions physiologiques du laryngo-pharynx, qui :

- après pharyngectomie partielle, sont, strictement, normales.

- Après hémi-laryngo-pharyngectomie verticale :

. La respiration est toujours excellente, même à l'effort.

. La phonation, convenable, permet la vie sociale.

. La déglutition est le plus souvent normale (67 % des cas). Les troubles de la déglutition, écueil classique de la chirurgie partielle, sont rares et paraissent encore devoir être prévenus par une amélioration de la technique (myotomie du crico-pharyngé).

= Avec 43 % de survies à 3 ans et plus, cette méthode mérite sa place dans le traitement actuel des cancers du sinus piriforme :

- Conservatrice comme la cobaltothérapie,

- Elle donne des résultats comparables à ceux de l'exérèse chirurgicale totale, mutilante.

= Chirurgie partielle, elle n'est pas mineure. Ses limites ne proviennent que de celles de ses indications.

- Les tumeurs, LIMITEES, de la paroi externe du sinus piriforme, restant à un centimètre, au moins, de l'angle antérieur, relèvent de la pharyngectomie partielle.

- Les tumeurs, LIMITEES, de la paroi interne et de l'angle antérieur, envahissant, ou non, la paroi externe du sinus piriforme, relèvent de l'hémilaryngo-pharyngectomie verticale.

= Ainsi, la limite entre pharyngectomie partielle et hémi-laryngo-pharyngectomie ne passe pas par l'angle antérieur du sinus piriforme, mais sur la paroi externe, un centimètre en dehors (ou en arrière) de lui (Cf. Schéma IV).

= Cette chirurgie est contre-indiquée :

1- Si existent des adénopathies bilatérales.

2- Dans les tumeurs importantes, débordant les limites du sinus piriforme.

3- En cas d'atteinte cartilagineuse thyroïdienne et cricoïdienne.

4- Devant une extension controlatérale, un franchissement de la ligne médiane. (Se méfier d'un

mur pharyngo-laryngé important, d'une bande ventriculaire soufflée, surtout en avant, d'une lésion tournant insidieusement rétro-cricoïdienne).

= Certes, les lésions justiciables de la chirurgie partielle verticale ne sont pas fréquentes, mais il est permis d'espérer qu'elles le seront davantage, à mesure que deviendra plus précoce le diagnostic des cancers du sinus piriforme.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

M. AUBRY

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER P., RENE Louis - Anatomie du pharynx.- Encyclopédie Méd.-chir. ORL, I, 1951, 20485, p. 1-10.

ALONSO J.M.- Abord chirurgical du sinus piriforme.- Bol. Ac. Nat. Med. Montevideo, oct. 1942, 524-531.

ALONSO J.M.- Conservative surgery of cancer of the larynx.- Trans. Amer. Acad. of Opht. and Oto-Laryng., Juillet-Août 1947, p. 633-642.

ALONSO J.M.- La chirurgie conservatrice pour le cancer du larynx et de l'hypopharynx.- Ann. Oto-laryng. 1950, 67, 567-575.

ALONSO J.M.- La chirurgie conservatrice pour le cancer du larynx et de l'hypopharynx.- Ann. Oto-Laryng. 1951, 68, 443-450.

ALONSO J.M.- Rapport II du VIIe Congrès international d'Oto-rhino-laryngologie, Paris, 1961.- Cancer du Larynx, vol. 9, p. 1-43.

ANDRE P., PINEL J.- Exérèse chirurgicale associée à la Radiothérapie dans le traitement des cancers du sinus piriforme.- Annales Oto-laryngologie, 79, 6, 11, 1962.

ANDRE P.J., PINEL J., LACCOURREYE H.- Incidences des techniques de fermeture et de drainage sur les suites opératoires en chirurgie pharyngée et laryngée.- Annales Oto-laryng., 81, 1964, 6, 315-326.

ANDRE P., PINEL J. et LACCOURREYE H.- La chirurgie partielle verticale dans les cancers du sinus piriforme.- Ann. Oto-laryngol., déc. 1965, 82, n° 12, 901-908.

ANDRE P.- Technique des pharyngotomies.- Encyclopédie méd.-chir. ORL, 7, 1966, 20496 A 10, p.1-8.

AUBRY M., LEMARIEY A.- Précis d'Oto-rhino-laryngologie.- Masson, 1949.

AUBRY, ROUGET - L'hémi-laryngectomie du larynx avec reconstitution plastique.- Annales Oto-laryngologie, 1951, 68, 129-139.

AUBRY M., PIALOUX P., JOST G.- Chirurgie cervico-faciale et oto-rhino-laryngologique.- Masson, 928 p., 1966.

BODON G.R.- Cancer de l'hypo-pharynx traité par reconstruction en un temps.- Ann. J. Surg., Fév. 1959, 97, n° 2, 217-221.

BOUCHE J., FRECHE Ch. et HUSSON Y.- L'hémi-laryngectomie avec épiglotto-plastie. Nouvelle application de l'épiglottoplastie.- Ann. Oto-laryng., Juin 1965, 82, n° 6, 421-428.

BOURDON R., BARD M. et FLEURY P.- Pharyngographie sous pression.- Ann. Oto-laryng. 81, 1964, 55-58.

BOURGEOIS - Hémi-pharyngo-laryngectomie.- Annales

d'Oto-laryngologie, 1951, T. 68, n° 11-12, 847-848.

BROWN M., KENNETH D., DEVINE (Rochester) - Cancer of the pyriform sinus.- Arch. of Oto-laryngology, 72, Août 1960, 2, 192-193.

DARGENT M. et Al.- Valeur des interventions chirurgicales dans le traitement des cancers de l'hypopharynx.- Mém. Acad. Chir. 81, 871-880 (1955).

DUCUING J. et DUCUING L.- Les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures.- Masson, 1949.

ENNUYER A. et BATAINI P.- Télécobalthérapie des épithéliomas de l'oro-pharynx et de l'hypopharynx.- Annales Oto-laryngologie; Juillet-Août 1963, 80, 681-698.

FLEURY P. (avec BOURDON R., DESPREZ-CURELY J.P.) - La pharyngographie sous pression.- Problèmes actuels d'ORL, 1966, p. 303-339.

FRIEDBERG S.A.- Nouvelles tendances dans la chirurgie du larynx.- Surg. Clin. North Am., Fév. 1966, 46, n° 1, 99-109, 6 fig.-

GAILLARD J.- Cancer du sinus piriforme opéré par pharyngectomie latérale conservatrice.- Bull. Soc. Oto-Rhin.-Lar., Nov.-Déc. 1950, 1, n° 4, 261-265.

GANDON J.- Les récidives régionales dans les cancers pharyngo-laryngés.- Entretiens de Bichat, Chir. spéc. 1962, 245-246.

GODDE Claude - Considérations anatomiques et chirur-

gicales sur le sinus piriforme.- Thèse Paris, 1952.

GOLDMAN J.L., SILVERSTONE S.M., ROSIN Henry D., CHEREN Rob. Y., ZAK F.G.- Traitement combiné de radiation et de chirurgie pour cancer du larynx et du laryngo-pharynx. II- Laryngoscope, Août 1964, 74, n° 8, 1111-1134.

GOUIRIC R.- Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas de la partie latérale de l'hypopharynx par la curiepuncture.- Rev. Laryng., Mars-Avril 1963, 84, n° 3-4, 234-240.

GUERRIER Y. et DEJEAN Y.- Pharyngectomies partielles pour tumeurs limitées du sinus piriforme. A propos de 7 cas opérés.- Rev. Laryng., Mai-Juin 1965, 86, n° 5-6, 377-384.

HENDRICK J.W.- Traitement chirurgical du cancer du larynx et de l'hypopharynx.- Arch. of Otolaryng. Mars 1964, 79, n° 3, 269-287.

JESBERG N.- Les voies d'abord chirurgical du sinus piriforme.- Arch. of Oto-laryng., Oct. 1956, 64, n° 4, 258-266, 12 fig.-

LEICHER H.- Indications et résultats après 5 ans du traitement radio-chirurgical du cancer du larynx et de l'hypopharynx.- Fortschr. Hals-Nasen-Ohrenh., 1961, n° 9, 220-274.

LEROUX Louis, MASPETIOL R. et PICQ - La pharyngo-laryngectomie partielle latérale dans les cancers du sinus piriforme. Communication et discussion.- Soc. Laryngol. Hôp. Paris, 20 Mars 1950, in Ann. Oto-laryng., Août-Sept. 1950, 67, n° 8-9, 576-584.

LEROUX-ROBERT J.- Cancer du larynx et de l'hypopharynx.

La chirurgie seule et l'association chirurgie-radiothérapie dans le traitement des épithéliomas du larynx et de l'hypopharynx. (Indications et résultats : A propos de 400 interventions).- Conférence à l'Hôpital de São Roque, Lisbonne, Fév. 1950, in Ann. Oto-laryng., Avril 1950, 67, n° 4, 217-266.

LEROUX-ROBERT J.- Indications thérapeutiques dans les cancers du sinus piriforme.- Acta Oto-rhino-laring. ibero-amer., 1952, 3, n° 6, 327-333.

LEROUX-ROBERT J.- Diagnostic et indications thérapeutiques des cancers du sinus piriforme.- Revue Praticien, 21 Sept. 1956, 6, n° 24, 2637-2646.

LEROUX-ROBERT J.- Etude statistique de 644 cas de cancers du larynx et de l'hypopharynx traités par chirurgie ou associations radio-chirurgicales opérés depuis plus de 5 ans.- Ann. Oto-laryngo., Paris, 76, 7, 8, 533-566, 1959.

LEROUX-ROBERT J.- Indications et résultats, après 5 ans, de la chirurgie conservatrice fonctionnelle des cancers du larynx et de l'hypopharynx.- Fortschr. Hals-Nasen-Ohrenh., 1961, n° 9, 44-130.

LEROUX-ROBERT J.- Résultats de la chirurgie et des associations radio-chirurgicales dans le traitement des cancers du larynx et de l'hypopharynx. (A propos d'une statistique personnelle de 1.000 cas opérés depuis plus de 5 ans).- Ann. Oto-laryng., Avril-Mai 1965, 82, n° 4-5, 305-328.

LEROUX-ROBERT J. - La place de la chirurgie partielle en cancérologie pharyngo-laryngée.- Rev.Laryng., Mai-Juin 1965, 86, n° 5-6, 347-353.

LEROUX-ROBERT J.- Chirurgie des cancers de l'hypopharynx.- Gaz Méd. France, 25 Mai 1966, 73, n°10, 2265-2280.

LEROUX-ROBERT J. et ENNUYER A.- Cancers de l'hypopharynx. Traitement.- Encycl. Méd.-chir., ORL, 20605, A20 et A30, II, 1953.

LEROUX-ROBERT J. et GOSEPATH J.- Importance des résections partielles dans le traitement des cancers de l'hypopharynx et du larynx.- Arch. Ohren-Nasen-Kehlkopfh., 1965, 185, n° 2, 669-673.

LIVERIERO E.- La chirurgie conservatrice pour le cancer du larynx et de l'hypopharynx selon la méthode du Prof. Alonso.- La cirurgia conservacica per il cancrodella laringe e dell' i pofaringe secondo il metodo del prog. Alonso.- G. Accas. med. Torino, 114, 1, 12, 4, 10, 1951.

MAC GAVRAN M.H., BAUER W.C., SPJUT H.J. and OGURA J.H.- Carcinoma of the Pyriform sinus.- A.M.A. Arch. otol., 1963, 78, 826-830 (déc.).-

MASPETIOL R., PAIN F. et THIBAUT B.- Contribution à la chirurgie fonctionnelle des cancers pharyngo-laryngés.- Ann. Oto-laryng., Juin 1963, 80,n°6, 503-508.

MASPETIOL R. et PICQ - Epithélioma du versant laryngé du sinus piriforme opéré avec conservation de la corde vocale.- Soc. Laryngol. Hôp. Paris, 21 Nov. 1949, in Ann. Oto-laryng., Fév.-Mars 1950, 67, n° 2-3, 189-191.

MESSERKLINGER W.- Hémi-laryngectomie avec résection partielle du pharynx.- Mschr. Ohrenh. Laryngo-Rhinol., Août-Sept. 1965, 99, n° 8-9, 416-417.

MOUNIER-KUHN P., GAILLARD J., MEREAUD P., MORGON A.- De l'envahissement de la loge hyo-thyro-épiglottique par les cancers du larynx et de l'hypopharynx et des indications thérapeutiques qui en découlent.- Annales Oto-laryng., Juillet-Août 1960, 77, 526-538.

MOUNIER-KUHN P., GAILLARD J., MORGON A.- La chirurgie en monobloc dans les cancers du sinus piriforme.- J. Franç. ORL, Oct. 1963, 12, 6, 839-847.

OGURA J.H., JUREMA A.A. et WATSON R.K.- La laryngo-pharyngectomie partielle et la dissection du cou pour cancer du sinus piriforme. Chirurgie conservatrice avec reconstruction immédiate.- Laryngoscope, Oct. 1960, 70, n° 10, 1399-1417.

OGURA J.M., POWERS W., HOLTZ S., MC GAVRAN M., ELLIS B. and WOORHEES R.- Laryngograms. Their value in the diagnosis and treatment of laryngueal lesions.- The Laryngoscope 1960, 70, 780-809.

OGURA J.H., WATSON R.K. et JUREMA A.A.- La pharyngectomie partielle et la dissection du cou pour cancer postérieur de l'hypopharynx. Reconstruction immédiate avec préservation de la voix.- Laryngoscope, Nov. 1960, 70, n° 11, 1523-1534.

OGURA J.H., SALTZSTEIN S.L. et SPJUT H.J.- Expériences de chirurgie conservatrice dans les cancers laryngés et pharyngés.- Laryngoscope, Mars 1961, 71, n° 3, 258-276.

OGURA J.H.- Cancer de l'hypopharynx et du larynx.- Am. J. Med. S., Oct. 1962, 244, n° 4, 501-509.

OGURA J.H. - (Chirurgie conservatrice pour les cancers du pharynx et du larynx : une évaluation). Conservation surgery for cancer of the pharynx

and larynx : an evaluation.- Trans. Pacif. Cst; Oto-Opht. Soc., 44, 215-217, 1963.

OGURA J., MALLEN R.- Partial laryngopharyngectomy for supraglottic and pharyngeal carcinoma.- Trans. Am. Acad. Ophtal. Otolaryng., 69, 5, 832-845, 1965.

ORMEROD F.C.- La pharyngo-laryngectomie partielle pour cancer de la fosse piriforme.- J. of Laryng. Otol., juin 1957, 71, n° 6, 411-418.

ORMEROD F.C.- Indications et résultats après 5 ans de la chirurgie du cancer de l'hypopharynx.- Fortschr. Hals-Nasen-Ohrenh., 1961, n° 9, 193-219.

PICQUET J. et FLOQUET J.- L'hémilaryngectomie dans les cancers du larynx et du pharynx.- Ann. Oto-laryng., Juill.-Août 1949, n° 7-8, 358-366.

PIQUET, DRIESSENS, LAVERGE - Le traitement des cancers de l'hypopharynx ; chirurgie et radiations.- Ann. Oto-laryng., 69, 1, 14-23, 1952.

PIQUET J.- Le résultat et les indications des interventions conservatrices dans le cancer du larynx et du pharynx.- Lille Médical, Oct. 1956, 1-5, 174-180.

PIETRANTONI L., FIOR R.- Clinical and surgical problems of cancer of the larynx and hypopharynx.- Acta Oto-laryng. Stockh., Suppl. 142, 61 pp., 1958.

PINEL J.- Les possibilités actuelles de traitement des cancers du sinus piriforme.- Entretiens de Bichat, Chir. spéc., 1962, 255-258.

PLANTADE J.- Le traitement chirurgical du cancer du

sinus piriforme et ses résultats.- Thèse Toulouse, 1966.

PORTMANN G., ROBIN J.L.- Pharyngo-laryngectomie partielle latérale avec présentation de malades.- Oto-rhino-laryng. int., 39, 2, 72-75, 1951.

PRANZL E.- Résultats du traitement du cancer de l'hypopharynx de 1953 à 1962.- Mschr. Ohrenh. Laryngo-rhinol., Oct. 1964, 98, n° 10, 456-462.

RAVEN R.W.- Le traitement chirurgical du cancer du pharynx.- Ve Congrès internat. du Cancer, Paris, 16-20 Juil. 1950, in Acta Union Internat. contre le Cancer.

RAVEN R.W.- Cancer of pharynx treated by surgery.- Brit. Med. Journal, Mars 1957, 5011, 740.

RETHI A.- La chirurgie du cancer du larynx.- Ann. Oto-laryng., Juin 1963, 80, n° 6, 531-551.

SKOLNIK B.F., LOEWY A. et SMOLER J.- Expériences de pharyngo-laryngectomie partielle.- Ann. of Otol. Rhin. Laryng., Juin 1964, 73, n° 2, 417-425.

SKOLNIK E.M.- Experiences with partial laryngo-pharyngectomy.- Arch. Otolaryng. Chicago, 81, 4, 424, 1965.

SNITMAN M.F., HORWITZ I.D.- Surgery of carcinoma of the hypopharynx.- Arch. of Oto-laryngology, Nov. 1955, 62, 5, 493.

SUARES C.O. (Cordoba - Argentina) - Le problème chirurgical du cancer du larynx.- Annales oto-laryngologie, 79, 22, 34, 1962.

TAILLENS J.P.- Les limites de la chirurgie fonctionnelle en cancérologie pharyngée.- Pract. oto-rhino-laryng., 1953, 15, 180-203.

TROTTER W.- Operations for malignant disease of the pharynx.- Brit. J. Surg. 16 : 485-495, 1929.

TROTTER W.- Malignant disease of the hypopharynx. Treatment by excision.- J. Laryngol. et Otol., 1932, 47, 252-258.

TRUFFERT P.- Le cancer du pharyngo-larynx, in "Les Maladies du pharynx" de CANUYT.- Masson, édit., Paris, 1936.

TRUFFERT P.- Traité de technique chirurgicale. Tome II, Tête et cou - Masson, 1952.

TABLE DES SCHEMAS ET TABLEAUX

Page

- SCHEMA I : Délimitation du sinus piriforme.. 16 bis
- SCHEMA II : Pharyngectomie partielle. ..... 54 bis
- SCHEMA III : Hémi-laryngo-pharyngectomie verticale. ..... 60 bis
- TABLEAU I : Etiologie. 93
- TABLEAU II : Adénopathies : Données cliniques et histologiques. 94
- TABLEAU III : Topographie lésionnelle et interventions. 99
- TABLEAU IV : Modalités thérapeutiques. 100
- TABLEAU V : Moyennes. 101
- TABLEAU VI : Les résultats. 104
- TABLEAU VII : Répartition chronologique des interventions. 104
- TABLEAU VIII : Les troubles de la déglutition après hémi-laryngo-pharyngectomie verticale. 106
- TABLEAU IX : Léthalité : Date de survenue, Causes, Morbidité. 109
- TABLEAU X : Les décès et les caractères de la lésion initiale : siège, importance.. 111
- TABLEAU XI : Résultats de la chirurgie partielle. 114
- TABLEAU XII : Résultats de la chirurgie totale. 117
- SCHEMA IV : Les indications et contre-indications. 122bis

TABLE DES MATIERES

Page

- INTRODUCTION 13

- DELIMITATION DU SINUS PIRIFORME. SCHEMA. ... 15

- LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE CHIRURGIE PARTIELLE 19

- LA CHIRURGIE PARTIELLE VERTICALE D'ANDRE,PINEL, LACCOURREYE 43

  A- La phase pré-opératoire 44
  B- L'opération. Schémas 51
  C- La phase post-opératoire 66

- LE GROUPE D'ETUDE 73

  - Présentation de 38 observations 74
  - Analyse des données étiologiques 93

- LES RESULTATS 97

  A- Ce qui a été fait 98
  B- Ce qui a été obtenu 103
  C- Situation de la méthode dans le traitement actuel des cancers piriformes. 113

- LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. SCHEMA 121

- CONCLUSIONS 125

- BIBLIOGRAPHIE 129

- TABLE DES SCHEMAS ET TABLEAUX 139

- TABLE DES MATIERES 141